

Condições de trabalho de técnicas de enfermagem de um hospital particular

Working conditions of nursing technicians in a private hospital

Paula Herbster Nogueira Barrocas*
Regina Heloisa Maciel*
Luciana Maria Maia*

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo identificar as condições de trabalho de técnicas de enfermagem e o impacto para a saúde dessas profissionais, principalmente em relação ao contato com o paciente em sofrimento e seus familiares. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com metodologia qualitativa, realizada em um hospital privado de médio porte. Por meio de entrevistas individuais com nove técnicas de enfermagem, buscou-se identificar as condições de trabalho, a vivência do trabalho e quais estratégias defensivas são utilizadas por essas profissionais quando se deparam com situações de sofrimento dos pacientes e suas famílias. Ao final das entrevistas, foi aplicado o *Maslach Burnout Inventory*, (MBI) a fim de diagnosticar a presença de sinais de *burnout*, que se caracteriza pelas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Os resultados permitem afirmar que as condições de trabalho interferem no nível de estresse das profissionais e que algumas das técnicas entrevistadas apresentam sinais de *burnout*. Estes sinais podem ser detectados nas falas das entrevistadas considerando as condições de trabalho e, principalmente, as estratégias defensivas utilizadas.

Palavras-chave:
Sofrimento psicológico.
Estresse. Trabalho.
Enfermagem.
Burnout. Estratégias defensivas.

I ntrodução

O Esta pesquisa teve como objetivo identificar as condições de trabalho de técnicas de enfermagem e seu impacto na saúde. Buscou-se ainda identificar quais estratégias defensivas elas utilizam para lidar com o sofrimento do paciente e de seus familiares.

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

A regulação do exercício profissional da enfermagem foi contemplada com a aprovação da Lei nº 2.604 de 17/09/1955 (BRASIL, 1955), da Presidência da República. Já a regulamentação do exercício da enfermagem no nível técnico só foi conseguida por força da Lei nº 3.780/60 (BRASIL, 1960), que também os equiparou aos demais profissionais liberais da saúde (GERMANO, 2010).

No Brasil, a divisão interna da enfermagem dá origem a diversas modalidades de trabalho: técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, responsáveis pela maioria das atividades de assistência em saúde da população, chamadas de cuidado direto; e os enfermeiros de nível superior, que desempenham atividades de ensino, supervisão e administração, chamadas de cuidado indireto (IDADO, 2002). Assim, trata-se de um conjunto de profissões que possuem características próprias com atividades frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, excesso de tarefas, ações repetitivas, insuficiência de pessoal e material, turnos diversos e complexidade das ações executadas, entre outros (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

Como afirma Dejours (2001), o trabalho pode ser a gênese de realização e de prazer, o meio da pessoa desenvolver-se individual e coletivamente, fator essencial para o equilíbrio e crescimento, o que possibilita manter a saúde. Ao mesmo tempo, pode ser fonte de cansaço físico, psíquico e cognitivo, de sofrimento, tensões, angústia e estresse. Quando o trabalho está adaptado às condições fisiológicas e psicológicas do trabalhador, este consegue desenvolver seu trabalho de maneira mais saudável. No entanto, quando essas condições não são ideais, o trabalhador pode desenvolver estratégias de defesa, individuais ou coletivas, para enfrentar os estressores do ambiente de trabalho. Condições de trabalho não adaptadas ao trabalhador podem tornar o trabalho fatigante e, nesses casos, o sofrimento decorrente do trabalho pode ser maior que o prazer. Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica (sofrimento psíquico), ele é equilibrante; se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante (SILVINO et al., 2010). As estratégias de defesa podem diminuir a carga mental e física decorrente das condições de trabalho, mas têm um preço: podem afetar a saúde do trabalhador.

O sofrimento no trabalho se caracteriza por um estado de luta do sujeito contra forças que o empurram em direção ao desequilíbrio, principalmente o mental. Quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico ou quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patogênico (DEJOURS, 2001).

É claro que os profissionais de enfermagem estão expostos a uma carga de trabalho que pode causar sofrimento. Essa carga é composta de vários fatores, tais como: fatores físicos, químicos, mecânicos, biológicos, fisiológicos e psíquicos. Estes últimos podem ter relação com a forma como o trabalho é dividido e organizado (GOBBI; DURMAN, 2010).

O sofrimento do paciente nem sempre pode ser aliviado, principalmente quando se trata de doentes terminais em que se escuta de médicos e profissionais da área de saúde a frase “não há mais nada a fazer”. A angústia de sentir-se impotente frente à situação traduz, para o profissional, uma insatisfação pessoal que pode distanciá-lo de seus objetivos como cuidador, desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo (FARIA et al., 2005). Porém, a contenção dessas emoções constitui uma das principais causas de problemas psicológicos, visto que o profissional de enfermagem não pode expressar seus dissabores e fraquezas na presença do paciente, adquirindo, desse modo, um comportamento estereotipado (FARIA et al., 2005).

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

Em uma pesquisa qualitativa, realizada com oito enfermeiros do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Gobbi e Durman (2010) verificaram que 100% desses profissionais apresentavam algum tipo de sofrimento psíquico, em diferentes graus, em algum momento do seu trabalho. Porém, muitos negavam este sofrimento ou então desenvolviam mecanismos de defesa, buscando minimizá-lo. Esses mecanismos, no entanto, que surgiam como soluções viáveis para aliviar o sofrimento momentâneo e a angústia presente na rotina de trabalho, acabavam por afetar o trabalhador por um período longo, provocando sinais e sintomas psicológicos que iriam prejudicar suas vidas fora e dentro do trabalho.

Uma das principais afecções frequentemente descritas como decorrente do trabalho dos profissionais de enfermagem é o *burnout*. O conceito de *burnout* se relaciona ao conceito de estresse decorrente do trabalho. Foi utilizado pela primeira vez, na década de 1970, por Herbert Freudenberg como um conjunto de sintomas biológicos e psicossociais inespecíficos, causados por uma demanda excessiva de energia no trabalho, surgindo, geralmente, nas profissões envolvidas numa relação de ajuda. Em 1997, Maslach e Leiter ampliaram o conceito de *burnout* para outras profissões que não envolvem relação de cuidado, considerando-o também como uma crise nas relações com o trabalho e não, necessariamente, uma crise com as pessoas com as quais os profissionais lidam no trabalho (LOUREIRO et al., 2008).

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

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

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

Em vista desse contexto, o objetivo desta pesquisa é investigar as condições de trabalho de técnicas de enfermagem, o impacto que essas condições causam na saúde dessas profissionais e as estratégias de defesa que utilizam frente ao sofrimento daí decorrente.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa proposta é do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, permitindo descrever a complexidade de determinados fenômenos, além de

levar em consideração a subjetividade do objeto a ser estudado (FONSECA; SOARES, 2006).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital privado, de médio porte da cidade de Fortaleza, Ceará. Para a sua realização, foi feita, inicialmente, uma visita ao hospital, junto à coordenação de enfermagem, com o intuito de expor os objetivos do estudo, e solicitar a apreciação e autorização da pesquisa nos postos de enfermagem do hospital. Após a autorização concedida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, conforme Resolução 466/12, fundamentada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS e foi devidamente aprovada.

O hospital em que foi realizada a pesquisa é composto por cinco postos de enfermagem: pronto-atendimento, maternidade, clínico, cirúrgico e UTI. A pesquisa foi realizada com técnicas de enfermagem que trabalhavam no posto três. Esse posto é composto por 22 leitos individuais que, em sua maioria, são ocupados por pacientes clínicos, que necessitam de cuidados que não podem ser prestados em casa – por isso passam meses no hospital – e por pacientes cirúrgicos em recuperação.

O posto três é composto por quatro equipes de enfermagem, cada equipe é composta por seis técnicas que trabalham em turnos de 12 horas com repouso de 36 horas, de modo que a equipe A sempre recebe o posto da equipe D e sempre passa o posto para a equipe B.

Participantes

Foram entrevistadas nove técnicas de enfermagem. A escolha foi intencional e por conveniência. As entrevistas foram feitas com as profissionais presentes nos turnos da manhã e da tarde e que aceitaram participar da pesquisa. Em virtude da falta de disponibilidade de horário, uma grande parte da pesquisa foi realizada no horário designado pela enfermeira responsável pelo posto três, pela manhã, logo após as técnicas fazerem as medicações dos pacientes. Inicialmente, foram explicados os objetivos do estudo e as técnicas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O número total de técnicos a serem entrevistados não foi definido a priori, pois a coleta permaneceu até o momento em que houve convergências suficientes para configurar o fenômeno investigado. O critério de inclusão foi ser técnico de enfermagem, trabalhar no hospital particular de Fortaleza e em atividade no período de coleta de dados.

As técnicas que participaram das entrevistas tinham em média 33 anos de idade. A maioria trabalha 12 horas e tem 36 horas de repouso, apenas uma delas trabalhava um turno de 24 horas por 24 de repouso. Em relação ao tempo de profissão, variou entre 1 ano e 30 anos.

Entrevistas

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada abordando dois aspectos:

(1) descrição e percepção das condições de trabalho, sendo a pergunta norteadora: “Como é o seu trabalho no posto de enfermagem?”

(2) relato de aspectos subjetivos do trabalho e sua centralidade enquanto elemento constituidor do indivíduo e de sua identidade (LANCMAN; UCHIDA, 2003). Tendo como base a psicodinâmica do trabalho, foram feitos os seguintes questionamentos: “Que sentimentos você vivencia como técnica de enfermagem?” e “Você tem alguma estratégia que desenvolve individual ou coletivamente para auxiliar a vivência dos seus sentimentos e do sofrimento do paciente?”

Com o consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Para fins diagnósticos em relação à presença ou ausência da síndrome de *burnout*, ao término das entrevistas, solicitou-se às técnicas que respondessem ao Maslach Burnout Inventory (MBI-SS). A aplicação foi realizada na presença da pesquisadora, na mesma sala onde se realizaram as entrevistas.

Análise dos dados

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

A análise ocorreu em três fases distintas: a primeira compreendeu a pré-análise, em que foi realizada a organização do material com a finalidade de tornar as ideias iniciais operacionais e esquematizadas. Para tanto, foi

realizada uma leitura flutuante dos dados transcritos das fitas gravadas. Na segunda fase, foi feita a exploração do material, consistindo na administração sistemática das decisões anteriormente tomadas, ou seja, seleção das falas dos sujeitos e organização do material em subcategorias e categorias (MARTINS; ROBAZZI, 2012). Por fim, na terceira fase, foi realizado o tratamento dos resultados com sua interpretação. Em resumo, essa técnica permitiu identificar as unidades de significado e, posteriormente, classificá-las, agrupá-las e interpretá-las à luz dos objetivos do trabalho e da literatura sobre o assunto.

Os resultados do MBI foram analisados segundo o critério proposto por Benevides-Pereira e o Núcleo de Estudos Avançados da Síndrome de *Burnout* (JODAS; HADDAD, 2009). Desse modo, as participantes foram classificadas de acordo com a pontuação nas três escalas do instrumento. Após a conclusão da análise de conteúdo e da classificação das participantes nas dimensões do MBI, realizou-se um cotejamento desse conjunto de resultados de forma a relacionar as categorias e trechos de discurso obtidos nas entrevistas com a presença ou ausência de sinais de *burnout*, considerando suas três dimensões.

Resultado e Discussão

Os dados coletados por meio do MBI serviram para estabelecer um diagnóstico de cada uma das entrevistadas em relação à presença ou ausência de sinais relacionados à síndrome de *burnout* nas suas três subescalas. Os resultados desse diagnóstico podem ser vistos na tabela um (1).

A partir da leitura e análise das entrevistas realizadas com as técnicas de enfermagem, foi possível identificar e descrever os seguintes aspectos: (1) condições de trabalho, (2) estratégias defensivas e (3) relações com os pacientes e acompanhantes.

Tabela 1 -Classificação das participantes nas três subescalas do MBI

	Exaustão Emocional	Desperso-nalização	Falta de realização profissional
E1	Alto	Médio	Alto
E2	Médio	Médio	Baixo
E3	Médio	Baixo	Baixo
E4	Alto	Alto	Médio
E5	Alto	Alto	Alto

E6	Médio	Médio	Médio
E7	Baixo	Médio	Médio
E8	Baixo	Alto	Baixo
E9	Baixo	Baixo	Alto

Condições de trabalho

Há uma rotina expressa que as técnicas de enfermagem tentam seguir rigorosamente. A rotina se inicia com a separação dos medicamentos, visita aos leitos, checagem dos sinais vitais e higienização dos pacientes. Algumas técnicas se referem ao trabalho, centrando-se nos cuidados biomédicos dos pacientes e na repetitividade do trabalho. Esse tipo de discurso foi mais presente nas profissionais que obtiverem escores altos na subescala de Exaustão Emocional (EE) do MBI.

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

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

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

Em outros discursos, pode-se notar a preocupação num cuidado mais humanizado com o paciente, que vai além de fazer medicação e higienização, uma vez que há preocupação com o estado emocional do paciente. As técnicas que expressaram esse tipo de preocupação são aquelas que apresentaram níveis médios de Exaustão Emocional. Nota-se, portanto, que essas técnicas que apresentam menor exaustão emocional, em comparação com aquelas que apresentaram escores altos, acrescentam ao significado de seu trabalho a preocupação emocional com os pacientes.

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

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

Era como se a gente fosse mais amiga que profissional. A gente estava ali para ajudar eles a se verem como pessoa, porque tem muitos que vão para ali se achando já no fim da vida, que não tem mais jeito, e a gente está ali para dar um ânimo, para conversar, para ajudar, para melhorar. Apoio à família também. Dar um pouco de dignidade como eles dizem, tem uns que tem muita vergonha, e a gente tem que ajudar (E6).

Assim, convivem dentro da mesma equipe de enfermagem visões distintas sobre como deve ser o cuidado de enfermagem: Há as que valorizam aspectos técnicos e biológicos da rotina de trabalho; e outras que entendem o cuidado como algo que vai além da técnica, valorizando aspectos emocionais e psicológicos do paciente. Esse envolvimento parece relacionado a um menor nível de exaustão emocional.

É feito um rodízio de leitos semanal entre as técnicas de enfermagem. Essa forma de organização do trabalho é apresentada pelas entrevistadas como sendo mais adequada que a técnica de sorteio (existente em outros hospitais da cidade como foi relatada), pois evita que uma profissional fique mais de uma semana seguida com o mesmo paciente. No entanto, foi mencionado pelas entrevistadas que, mesmo com essa organização, há uma sobrecarga de trabalho e, por vezes, elas ficam com um número maior de pacientes do que o estabelecido.

Em relação a fatores negativos referentes às condições de trabalho, emergiu dos discursos das entrevistadas a existência de uma campanha. Esse incômodo apareceu associado tanto as chamadas desnecessárias como pelo excesso de toques. Nessas situações, a equipe se reveza para atender o leito

que chama excessivamente. A exposição diária a bipes e campainhas pode ter consequências sobre os estados físico e psicológico de profissionais, gerando problemas de comunicação, baixo desempenho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho, como foi encontrado por Aurélio e Tochetto (2010) e Costa, Lacerda e Marques (2013). Considerando as dimensões do *burnout*, a campainha parece estressar ainda mais as técnicas que apresentam nível alto de Exaustão Emocional.

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

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

Já a técnica E7, com baixo nível de Exaustão Emocional, reclama da campainha, mas se refere ao trabalho em equipe como um fator de defesa contra essa situação.

Assim, às vezes quando as campainhas tocam, e a gente já está muito cheia já, “ai não aguento mais não ir.” “Não, pois deixa eu ir” “Deixa que eu vou” Assim vai, resolve. E assim vai indo. Porque fica dividido paciente para cada uma, né? Às vezes a gente já está estressada, a campainha fica tocando direto, às vezes para nada. Só para estressar mesmo a gente. Aí se for meu paciente: “ai gente, eu não aguento mais não.” Aí as meninas: “não deixa que eu vou lá ver o que é.” Aí as meninas vão, às vezes não é nada demais, aí volta e assim vai (E7).

As relações interpessoais com a equipe são, às vezes, citadas como um fator de estresse, pois há rivalidade entre as profissionais e falta de compreensão. Para E2 (nível médio de Exaustão Emocional), a relação com o paciente é melhor que a relação entre os membros da equipe.

(...) em vez dela [técnica da equipe] aceitar essa diferença ela acaba agindo com rivalidade, ou então é grosseira assim entre si devido a sobrecarga, o estresse. (...) Muitas

vezes é mais a equipe em si que os pacientes. Os pacientes costumam tratar melhor que a equipe (E2).

(...) você pode trabalhar o dia todinho, estar morta de cansada, chega as pernas doem, mas a hora que você senta, a enfermeira acha que você não está fazendo nada. “ah, tá sentada, vá fazer num sei o que...” As vezes você mal senta, “circulando”, começa... Entendeu? É por ai... (E2).

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

As atitudes conflitantes intra e intergrupais foram referidas pelas técnicas como estressantes por atuarem com diferentes categorias profissionais que, apesar de terem como objeto de trabalho o cuidado com pacientes, possuem interesses diferentes, podendo propiciar situações geradoras de tensão no trabalho. Quando os trabalhadores têm formação, cultura e características singulares, a convivência no ambiente de trabalho, em algumas situações, pode se tornar penosa quando os interesses são confrontados (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2005).

As constantes faltas das companheiras ao trabalho foram associadas à sobrecarga de trabalho. O desfalque da equipe, no caso de ausências, prejudica a rotina, sobrecarrega as técnicas e, é claro, se reflete no cuidado com os pacientes. Isto parece afetar mais as técnicas que apresentam níveis altos de Exaustão Emocional.

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

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

O absentismo na equipe de enfermagem é um problema relevante, considerando-se que a maioria das instituições, inclusive os hospitais, não prevê cobertura para os dias de falta. A sobrecarga de trabalho para a equipe

de enfermagem pode, além de afetar a saúde dos profissionais, comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Os salários aparecem como um fator desfavorável à permanência na profissão de técnica de enfermagem e isso afeta também as profissionais com ou sem sintomas de exaustão emocional.

Você é muito pouco remunerado, tem responsabilidade acima do seu limite da área de enfermagem, devido a ter várias graduações na equipe, você é o que está mais presente com o paciente, muito mais do que o médico, está entendendo? (E2).

A gente ganha pouco, a gente faz porque realmente a gente gosta. Porque se não fosse, ninguém trabalha nessa área, não! Porque a área da saúde é que ganha menos. Área da saúde e educação, né? Trabalha muito em qualquer canto que for, pior que não é só em um hospital não. É em qualquer canto que tiver (E7).

Hoje eu trabalho mais pelo ganho, né? Porque só um trabalho não dá, você trabalhar as 12 horas e recebe 700 por mês. Não dá para você pagar as contas. (...) porque se a gente fosse bem remunerado a gente não precisava trabalhar em dois ou três (E5).

Observa-se também que as técnicas têm consciência de que a quantidade de trabalho é excessiva e que as equipes deveriam ser maiores. A sobrecarga de trabalho prejudica o cuidado com o paciente, o relacionamento com a equipe de enfermagem e a saúde das técnicas, que apresentaram níveis altos de Exaustão Emocional.

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

Porque é desgastante (...), aí você fica com um número dobrado de pacientes, aí você acaba se sobrecarregando e não dando assistência adequada. (...) Não dá tempo você ficar dizendo para ele “olhe você vai tomar isso, por causa disso, serve para isso, tem esse efeito colateral, é normal.” Muitas das vezes não dá tempo você dar uma assistência de qualidade pela sobrecarga. (...) Porque você imagina, você trabalhar 13 anos numa profissão pegando peso,

quando você for se aposentar você está toda mazelada. Você está com bexiga baixa, com bico de papagaio, com dor na coluna, porque é o que a gente ganha na profissão. Porque é muito árduo, cuidar de quem você não conhece, né? A sobrecarga é o principal motivo do estresse do profissional da saúde e o dinheiro que é pouco, porque eu acho que a gente devia ganhar bem, pelo que a gente faz, né não? (E5).

A forma como as técnicas descrevem seu trabalho tem relação com os resultados do inventário de *burnout*, pois se verificou que aquelas que apresentam Exaustão Emocional em níveis médio e alto parecem se incomodar mais com a rotina e com as inadequações das condições de trabalho do que as que apresentam níveis baixos.

Estratégias defensivas

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

O reconhecimento do trabalho realizado também pode se constituir em uma estratégia defensiva, que pode vir da equipe, dos pacientes e dos seus acompanhantes. No inventário de *burnout*, esse ato de reconhecer pode estar relacionado à subescala falta de Realização Profissional (RP), e as técnicas de enfermagem que falam do reconhecimento são as que apresentam níveis de RP médio e baixo.

Tem momentos que você chega a se estressar também (...) pela falta de reconhecimento, então chega o momento que você tem que lidar com a raiva, até com um pouquinho de ódio do paciente. Não para com você, mas por conta da doença em si, do estado sensível dele. Às vezes tem

paciente que te trata mal, mas não é nem porque ele quer, a doença em si que deixa ele debilitado. É difícil. Raramente tem um plantão calmo, que você sente que foi reconhecido, chega em casa satisfeita, ‘ah porque se apega ao paciente, aquela senhorinha, fulana, eu consegui’. Como é que se diz? Dar um pouco de brilho àquela pessoa, consegui dar um pouco de conforto, aí você se sente satisfeita por esse lado (E2).

Fico um pouco chateada quando as famílias são muito... Não reconhece nosso trabalho. Tem umas que só sabe... tem umas que reclamam demais (E7).

A repressão das emoções refere-se à necessidade de não demonstrar sentimentos e emoções e não se envolver excessivamente com os pacientes. Esta estratégia se aproxima da definição da subescala despersonalização (DE) do MBI. A estratégia pode ser efetiva momentaneamente, porém pode trazer prejuízos para a saúde. Àquelas que se referiram a esse tipo de estratégia são as que apresentam níveis médio e baixo de DE. De certa forma, são aquelas profissionais que sentem a necessidade de reprimir suas emoções e não se envolver.

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

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

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

Quando eu tenho um estresse no trabalho, como eu sou uma pessoa muito tranquila eu fico normal, né? Não passo para os meus pacientes aquilo que eu estou passando, até

mesmo com outros clientes. Trato como se nada tivesse acontecido, como se não tivesse ouvido, como se não tivesse passado. Muitas vezes ignoro certas atitudes dos clientes e dos acompanhantes (E9).

A separação entre a vida profissional e pessoal refere-se à necessidade de não levar a sobrecarga de trabalho para casa, para a família. As técnicas E2 e E4 que apresentam níveis de despersonalização médio e alto, respectivamente, assim se referem a esta estratégia:

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

A gente tem que saber lidar porque com essa profissão a gente acaba sendo um pouco fria, então. Mas a gente fica sentida, também, claro, porque é um ser humano como a gente, mas tem que saber lidar, porque se a gente carregar todos os problemas que tem aqui minha filha... a gente fica é doida. Não tem como carregar todos os problemas daqui não para gente, tem que saber separar. (...) A gente tem que saber diferenciar, trabalho é trabalho, vida pessoal é vida pessoal. A gente fica triste por um lado, mas tem que aceitar porque é o destino de todo mundo. (E4)

O apoio da equipe é outra estratégia defensiva importante quando disponível. Nesse caso, as técnicas entrevistadas se referem ao rodízio no atendimento de um paciente ou acompanhante que solicita a presença delas em excesso ou mesmo sem necessidade. Essa estratégia é relatada principalmente por E7, que apresenta nível médio de despersonalização:

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

muito. Aí a gente faz essa rotatividade, a estratégia é essa. (...) Então eu tento ter mais calma possível, quando eu vejo que o negócio não dá para mim, eu saio, me retiro e peço para outra colega ir lá. Ou quando a família está muito atacada ou quando o cliente está sentindo dor e tudo, eu chamo a enfermeira e se ela não for, chamo de novo. Tento da melhor forma possível (E7).

O apoio da equipe pode ocorrer também de outra forma, como um espaço para o desabafo. Trata-se de um compartilhamento dos sentimentos e emoções entre os membros da equipe de modo a obter compreensão e conselhos para lidar com a situação difícil e continuar trabalhando. Esta estratégia foi mais bem descrita por E5, que apresentou níveis elevados de Exaustão Emocional e de Despersonalização.

É sair no momento. É fuga. É sair, respirar um pouquinho, falar para alguém: “olha mulher aquele paciente, aquele acompanhante tararararararaa.” Desabafo com alguém, aí eu volto. É a minha estratégia é essa, é desabafar com alguém. Falar para colega porque às vezes a colega já tem passado pela mesma coisa, aí ela diz não mulher é assim mesmo, calma, tenha paciência. Aí a pessoa dá aquele conselho, aí dá para voltar. (...) Geralmente é essa, o desabafo entre a equipe, é conversar. O desabafo entre nós ali, a gente vai ali num cantinho, “mulher pelo amor de Deus deixa eu te contar um negócio, olha aquela acompanhante está fazendo isso, isso e isso. Não cuida do paciente, não dá água, está tudo sujo, não banha, não corta uma unha.” É o desabafo entre si, é essa a estratégia da gente é desabafar com os colegas. Porque se a gente não desabafar, ficar para si, a gente tem um AVC é cedo. É sério (E5).

A fuga do confronto se refere à necessidade de evitar o enfrentamento direto com o paciente e com o acompanhante, e até com a equipe de enfermagem, no intuito de minimizar o estresse. A participante E5, que apresenta alto nível de Despersonalização, parece se utilizar dessa estratégia defensiva.

Olha, eu saio de perto. Porque se eu ficar, o sangue sobe. Eu peço licença, olhe senhora um momento, e saio. Aí vou respirar, vou respirar, vou fazer outra coisa, aí depois que eu relaxo, aí eu volto. Porque se na hora eu ficar o estresse sobre, o sangue sobe, e a gente perde a razão da gente,

né? Então na hora eu saio, saio vou dar uma voltinha, vou fazer outra coisa, vou ao banheiro, bebo água, aí respiro bem fundo, aí agora eu vou encarar, é assim (E5).

A fuga, afastamento do paciente e do familiar, é uma forma de proteção utilizada pelas técnicas de enfermagem. Assim, quando se veem na eminência de um confronto com acompanhantes, as técnicas procuram se afastar da família para se proteger deste sofrimento, evitando desgaste psicológico e interferência na execução da atividade (MARTINS; ROBAZZI, 2012).

Relações com os pacientes e acompanhantes

A categoria relações com os pacientes e acompanhantes se refere a situações que ocorrem na relação de cuidado com o paciente e na relação com o seu acompanhante. Esta categoria apresentou três subcategorias: apego aos pacientes, como lidar com o sofrimento dos pacientes e relação com os acompanhantes.

O apego aos pacientes se refere às situações em que as técnicas se apegam ao paciente e à sua família em virtude da longa estadia no hospital. Esse apego é comentado, principalmente pelas técnicas com altos níveis de despersonalização:

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

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

Os sentimentos vivenciados pelas técnicas de enfermagem quando um paciente está em sofrimento físico demonstram suas estratégias defensivas frente ao sofrimento do outro. Em relação à empatia com os pacientes, as técnicas com níveis médios de Despersonalização relatam abaxiam.

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

A gente fica depressiva, acaba que o dia da gente já não fica bem. Desanimada, não tem ânimo para nada. Como no dia que a gente descobriu dessa moça. Todo mundo aqui, foi a equipe toda mesmo, ela causou um baque na equipe. (...) Eu fico acompanhando de longe, eu fico olhando os exames, mas de olhar sim eu nem olhava, eu nem ia no apartamento dela. A diferença é só essa que eu não fico acompanhando de perto, não vejo, não fico olhando as expressões, aquele sofrimento de não poder fazer o que fazia antes. (...) Eu ficava muito triste. Eu acho que foi mais por isso que eu saí dos cuidados. Eu sou uma pessoa muito emotiva. Eu não tenho coragem de trabalhar com criança, primeiramente. Eu trabalhava vizinho ao posto infantil quando eu via uma criança em óbito aquele dia para mim já estava perdido. Então para mim não me envolver emocionalmente com os pacientes eu procurei ficar mais na parte burocrática (E6).

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

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

A última subcategoria diz respeito à relação que se estabelece com o acompanhante dos pacientes. Nesse caso, as técnicas contaram algumas histórias, mostrando que a relação com o acompanhante tanto pode ser difícil, dependendo da família, como pode ser uma ajuda para as técnicas de enfermagem, como relata E5 que apresenta altos níveis de Exaustão Emocional, Despersonalização e falta de Realização Profissional.

Eu lembro de um paciente que ele era renal, e ele saia para fazer a hemodiálise dele, e durante a hemodiálise o paciente não toma medicação nenhuma. Aí quando o acompanhante chegou da diálise o acompanhante fez o maior angu porque o paciente não tinha tomado a medicação. Aí eu disse bem, eu tinha chegado no meu

horário. E ela 'Por que que não foi feito? Porque que não sei o quê? Você é uma irresponsável. Você não fez a medicação.' Eu disse: 'Meu bem, o paciente chegou agora e eu estou chegando agora também.' Ela queria me culpar de uma coisa que eu nem sabia, de uma medicação. Eu disse: 'Não foi feito porque ele não estava no posto.' Aí ela disse: 'Ah pois eu vou levar seu nome não sei para onde'. Aí eu disse: 'Pois está aqui meu nome, leve.' (...) tu acredita? (E5).

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

Considerações Finais

No que se refere às condições de trabalho, os elementos relatados pelas técnicas de enfermagem entrevistadas podem ser resumidos em: rotina, trabalho em equipe, rodízio de leitos, campanha, faltas e salário. A rotina de trabalho foi descrita de duas maneiras diferentes por membros da mesma equipe. Parte das técnicas relata uma rotina de trabalho relacionada às questões de cunho biofisiológico. Já o outro grupo relata que a rotina de trabalho vai além de fazer medicação e higienização, uma vez que há um interesse com o estado emocional do paciente, demonstrando que há uma preocupação com o cuidado humanizado. Um fator relatado que dificulta o cuidado humanizado é a rotina diária e complexa, que envolve o ambiente hospitalar e faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o paciente que está na sua frente.

O trabalho em equipe revelou-se como fonte de sentimentos diversos, e foi considerado um fator de estresse no trabalho por haver rivalidade entre os membros da equipe, além da falta de compreensão e reconhecimento por parte dos colegas. Os conflitos ocorrem principalmente entre a supervisão e as técnicas que, apesar de terem como objeto de trabalho o cuidado de

pacientes, possuem maneiras de trabalhar diferentes. No que se refere às relações horizontais entre as técnicas, estas foram consideradas positivas por estarem baseadas na amizade entre as profissionais, ajuda mútua, e por terem a possibilidade de conversar, rir e aliviar as tensões.

O rodízio de leitos é uma técnica de organização do trabalho para diminuir o contato mais íntimo com o paciente em sofrimento, já que isso é desgastante para as técnicas de enfermagem. Assim, essa forma de organização foi considerada positiva, pois, neste caso, não há o risco de as técnicas permanecerem com os mesmos leitos semanas seguidas.

As técnicas se queixam, no entanto, da sobrecarga de trabalho e por não serem seguidas as normas legais no que se refere à quantidade máxima de leitos, por semana, para cada técnica. Há casos também em que elas chegam a ficar com o dobro de pacientes e não podem dar a assistência adequada.

A campanha foi considerada um fator negativo em relação às condições de trabalho. Em geral, as queixas se centram sobre as chamadas desnecessárias e o excesso de toques. Nessas situações, as técnicas relataram que se revezam no leito cuja solicitação da presença delas é feita de maneira excessiva.

As faltas dos componentes da equipe ao trabalho também foi visto como um fator de sobrecarga. Como o hospital não prevê cobertura para as faltas, há uma divisão dos leitos da técnica que faltou entre os membros da equipe, para que o cuidado com o paciente não fique prejudicado. No entanto, essa sobrecarga de trabalho pode comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela e, é claro, causar impacto à saúde física e emocional da equipe.

O salário foi considerado como outro aspecto que desmotiva a permanência na profissão. O profissional percebe-se realizando mais tarefas do que lhe caberia, atendendo um número muito maior de pacientes e não sendo reconhecido pela instituição, além de não obter a recompensa financeira devida. Os baixos salários repercutem na atuação profissional, pois a maioria acaba tendo outros empregos para garantir a sua sobrevivência.

Além disso, a maneira como a rotina e as condições de trabalho são descritas parece ter relação com a condição individual de maior ou menor nível de Exaustão Emocional (EE). As técnicas com níveis altos de Exaustão Emocional se referem ao trabalho especificando sua repetitividade e seu descontentamento com as situações incômodas e desagradáveis do ambiente de trabalho.

Várias estratégias defensivas emergiram dos discursos das técnicas de enfermagem e algumas parecem ser mais adequadas para o alívio das tensões

decorrentes do trabalho. O reconhecimento e a separação entre a vida pessoal e profissional parecem ser ações ou estratégias defensivas mais utilizadas por aquelas profissionais que apresentaram níveis médios ou baixos na subescala despersonalização no MBI. A busca pelo apoio das colegas parece ser uma estratégia adequada, bem como, até certo ponto, a repressão das emoções. No entanto, a utilização da equipe para desabafar, embora ainda uma estratégia efetiva, pode indicar uma forma pouco saudável de defesa. Observa-se que a técnica de enfermagem que relatou esse tipo de estratégia apresenta altos níveis de Exaustão Emocional e Despersonalização. Parece também pouco efetiva a estratégia de fuga do confronto.

No que se refere à relação com os pacientes, as entrevistadas relataram que se apegam aos pacientes, sofrem com a separação e, por isso, correm o risco de desenvolver um alto nível de Exaustão Emocional. Porém, a empatia com o sofrimento dos pacientes e sua família, desde que sem grande apego, parece ser uma estratégia defensiva mais eficiente. Já a preocupação excessiva com as relações com os pacientes e suas famílias pode ser um fator relacionado à Exaustão Emocional.

Conclui-se, assim, que as técnicas de enfermagem estão expostas a uma série de condições desfavoráveis no ambiente de trabalho, além de estarem submetidas a uma carga elevada na realização de suas atividades laborais e em constante contato com o sofrimento dos pacientes e suas famílias. Em razão disso, as profissionais criam estratégias defensivas para minimizar o sofrimento decorrente do trabalho que nem sempre são efetivas.

ABSTRACT: This research describes the work conditions of nurse technicians and the impact of these conditions on the professionals' health. It focus, mainly, the issue of the relationships with the patients in suffering and their families. It is a descriptive research with a qualitative methodology, held in a medium-sized private hospital. Through individual interviews with nine nurse technicians, we sought to identify work conditions, work experience and what defensive strategies these professionals use when they run into suffering patients and their families. At the end of the interviews, the Maslach Burnout Inventory (MBI) was applied in order to diagnose the presence of signs of burnout, which is characterized by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. The results show that the work conditions interfere with the stress level of the professionals and that some of the technicians surveyed show signs of burnout. These signals can be detected in their discourses regarding their work conditions and, especially, in the use of defensive strategies.

Artigo

Recebido: 10/01/2015

Aprovado: 04/06/2015

Keywords

Psychological suffering. Stress. Work. Nurse technicians. Burnout. Defensive strategies.

Referências

AURÉLIO, Fernanda Soares; TOCHETTO, Tania Maria. Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. Revista Paulista de Pediatria, v. 28, n. 2, p. 162-9, 2010.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L2604.htm>.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 3.780, de 12 de julho de 1960. Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3780.htm>.

COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

COSTA, Gisele de Lacerda; LACERDA, Adriana Bender Moreira de; MARQUES, Jair. Ruído no contexto hospitalar: impacto na saúde dos profissionais de enfermagem. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 3, p. 642-652, 2013.

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LUNARDI, Valéria Lerch; BARLEM, Edison Luiz Devos; SILVEIRA, Rosemary Silva da. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 200-208, 2012.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 2001.

FARIA, Anne C. de; BARBOZA, Denise B.; DOMINGOS, Neide A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. 2005. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 1, p. 14-20, 2005.

FONSECA, Aline Miranda da; SOARES, Enedina. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 7, n. 1, 2012.

GERMANO, Raimunda Medeiros. Organização da enfermagem brasileira. *Enfermagem em Foco*, v. 1, n. 1, 2010.

GOBBI, Cláudia; DURMAN, Solânea. Sofrimento psíquico no trabalho: percepções de enfermeiros. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 1, 2010.

JODAS, Denise Albieri; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2009.

IDADO, Ejecución Del Cu. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

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

LOUREIRO, Helena; PEREIRA, Ana Nicole; OLIVEIRA, Ana Patrícia; PESSOA, Ana Raquel. Burnout no trabalho. Referência: *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem, II Série*, n. 7, p. 33-41, 2008.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: reflexão na ótica dejouriana. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 5, p. 039-046, 2012.

MOREIRA, Davi de Souza; MAGNAGO, Renata Faverzani; SAKAE, Thiago Mamôru; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

SANTOS, Joares Maia dos; OLIVEIRA, Elias Barbosa de; MOREIRA, Almir da Costa. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 14, n. 4, p. 580-585, 2006.

SCHMOELLER, Roseli, TRINDADE, Letícia de Lima, NEIS, Márcia Binder, GELBCKE, Francine Lima, PIRES, Denise Elvira Pires de. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011.

SILVA, Jorge Luiz Lima da; DIAS, André Campos; TEIXEIRA, Liliane Reis. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan*, v. 12, n. 2, p. 144-159, 2012.

SILVINO, Zenith Rosa; RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos, FLACH, Diana Mary Araújo de Melo, DUARTE, Mônica Simões da Motta, KIPPER,

Viviane Ganem, SIMÃO, Suzana de Almeida Fráguas. As estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador de enfermagem: uma revisão integral da literatura. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, v. 2, n. 3, p. 1121-1127, 2010. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651802>>.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Marcia Tereza Luz. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 6, n. 3, p. 425-435, 2002.

SAVIANI, Dermeval. *Escola e Democracia*. Cortez: São Paulo, 1986.

_____. *Pedagogia Histórico-crítica: primeiras aproximações*. Campinas: Autores Associados, 2011.

ZAN, Dirce Pacheco e. O estágio na formação do professor de sociologia. *Cad. Cedes, Campinas*, vol. 31, n. 85, set./dez. 2011. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>.