

## **SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM NUMA ABORDAGEM GERENCIAL: UM ESTUDO DE CASO**

Gesinaldo Ataíde Cândido<sup>1</sup>

### **Resumo**

O presente trabalho procurou conhecer a organização e relações de trabalho no ambiente hospitalar na perspectiva de uma categoria profissional específica, as auxiliares de enfermagem. Neste sentido, foram exploradas as relações entre os temas: 1) o trabalho e a saúde com foco no sofrimento físico e mental e 2) o estresse e a neurose e as suas implicações na gestão da força de trabalho. Utilizou-se um modelo e uma metodologia específica, proposta por Siqueira (1994), e, para complementar os resultados obtidos, utilizou-se à técnica de análise de conteúdo para confirmação ou rejeição dos dados obtidos na etapa inicial da pesquisa. Os resultados obtidos confirmam a situação de desgaste físico e mental, de submissão a situações de estresse e de desenvolvimento de neuroses, a insatisfação com as diversas formas de relacionamentos profissionais e com a forma de gestão.

**Palavras-chave:** Organização. Relações de trabalho. Saúde, Estresse. Enfermagem.

### **Abstract**

The present study set out to discover the organization and work relationships in the hospital atmosphere within the perspective of the specific professional category of nursing aide. To this end, relationships were explored concerning the themes: 1) work and health with a focus on physical and mental suffering and 2) stress and neuroses and their implications for the administration of the manpower. To carry out the research, the model and specific methodology proposed by Siqueira (1994) were used and, to complement the results obtained, the technique of content analysis was utilized for confirmation or rejection of previously collected data. The results confirm the situation of physical and mental exhaustion, of submission to stressing situations and of the development of neuroses, leading to dissatisfaction with the various forms of professional relationships and with the form of administration.

**Key Words:** Organization. Relations of work. Health. Stress. Nursing.

---

<sup>1</sup> Doutor em Engenharia da Produção pelo PPGE da UFSC e Professor Adjunto do Departamento de Administração e Contabilidade do Centro de Humanidades da UFC, [gacandido@uol.com.br](mailto:gacandido@uol.com.br), Rua Esperidião Rosas, 235/703, Expedicionários, João Pessoa – PB58041-070. Artigo recebido em 08/03/2004. Aceito em: 16/12/04

## **1 INTRODUÇÃO**

A preocupação com o sofrimento físico e mental do trabalhador é decorrente de duas correntes disciplinares que têm um enfoque direcionado para a dinâmica e a natureza das exigências do trabalho sobre a saúde física e mental do trabalhador. São elas: 1) a abordagem do estresse ocupacional, definido como um processo de perturbação ocasionado pela mobilização excessiva de energia adaptativa do indivíduo diante das solicitações do meio e 2) a perspectiva da psicopatologia do trabalho, sob a ótica do inconsciente individual e coletivo.

Mesmo partindo de diferentes premissas, as duas correntes interessam-se pelas mesmas questões ligadas à tensão do trabalho e ao desencadeamento da ansiedade e do sofrimento físico e mental do trabalhador. Nestes enfoques, a forma como o trabalho é organizado e as condições em que ele é executado determinam o tipo de desgaste ao qual o trabalhador estará submetido. A organização do trabalho é um elemento de especial relevância no estudo do estresse e das psicopatologias do trabalho, o ritmo de trabalho do empregado, a divisão de tarefas, o conteúdo e a natureza das mesmas e, principalmente, as relações de poder e de controle na dinâmica organizacional.

Neste sentido, o presente trabalho mostra o resultado de uma pesquisa que buscou investigar, analisar e avaliar a organização e as relações de trabalho em um ambiente hospitalar, na perspectiva de auxiliares de enfermagem numa organização hospitalar.

Os profissionais da área de saúde e mais especificamente as auxiliares de enfermagem lidam diretamente com pacientes e com seus sofrimentos, e são os que mais estão submetidos a pressões do trabalho. Além disso, o contato direto com o paciente, com a iminência da morte e com o sofrimento alheio, os condiciona a apresentarem danos psíquicos, *estresse* e neuroses. Percebe-se que não existe uma preocupação das organizações hospitalares em relacionar esses fatores de risco à saúde do trabalhador aos seus desempenhos dentro destas organizações e no seu cotidiano.

A escolha deste estudo justifica-se pela importância do profissional envolvido com as atividades inerentes das funções dos auxiliares de enfermagem dentro do ambiente hospitalar, contribuindo decisivamente para a existência de um melhor desempenho destas organizações

junto à sociedade. A importância desta pesquisa consiste, principalmente, em mostrar, de forma clara e simples, aspectos relacionados à organização e às relações de trabalho dos auxiliares de enfermagem no contexto hospitalar. Para tanto foi utilizada uma metodologia específica, a qual envolve um conjunto de fatores que desencadeia o sofrimento físico e mental das auxiliares de enfermagem no exercício de suas funções e as conseqüências destes fatores em suas vidas, de um modo geral.

Os profissionais envolvidos com as práticas de enfermagem representam, dentro do contexto hospitalar, o maior grupo de trabalho, contribuindo de forma decisiva para o melhor desempenho da instituição hospitalar junto à sociedade. Sua atividade está submetida a diversos tipos de pressões, devido o seu contato direto e diário com o paciente e seus sofrimentos, com a idéia da morte presente em todo o ambiente, provocando danos psíquicos, às vezes irreversíveis, em sua estrutura mental, além das características relativas à insalubridade, penosidade e desgastes inerentes ao trabalho.

No entanto, ainda hoje, na maioria dos hospitais (tanto públicos como privados), o papel do pessoal da enfermagem e, principalmente dos auxiliares não tem o devido reconhecimento dentro da estrutura hierárquica do hospital. Ele é submetido a uma extenuante jornada de trabalho, sem benefícios suficientes, com baixos salários, que propiciam uma qualidade de vida inferior para o auxiliar, que irá trabalhar desmotivado, comprometendo a qualidade do serviço prestado pela instituição hospitalar.

O conforto e a segurança do paciente, que é o cliente principal de um hospital, dependem diretamente dos serviços do auxiliar, seja nas enfermarias, nas unidades ambulatoriais, centro cirúrgico, entre outros. Um funcionário motivado e que viva e trabalhe com um nível razoável de qualidade e bem-estar trará mais produtividade para a instituição hospitalar e, conseqüentemente, poderá contribuir mais e melhor para os objetivos da organização, assim como condições para melhorar a sua qualidade. Neste sentido, a pesquisa realizada teve como objetivo, identificar como as relações e a organização do trabalho nas organizações hospitalares interferem no sofrimento físico e mental das auxiliares de enfermagem. O trabalho foi realizado em um hospital público, que atende as diversas áreas da medicina e suas respectivas patologias. Além disso, procurou-se descrever a atual situação deste grupo profissional, quanto às variáveis centrais da pesquisa, identificando as causas dos problemas, assim como possíveis soluções para os problemas detectados, através de recomendações específicas.

Além dessa parte inicial, são explorados, nos itens seguintes, os aspectos e variáveis relacionados aos objetivos e encaminhamentos da pesquisa, analisando: a relação entre o trabalho e a saúde; o estresse e a neurose; o prazer e o sofrimento no trabalho; gestão da força de trabalho. Em seguida, são explicitados os procedimentos metodológicos para coleta, tratamento e análise dos dados. Depois disso, são apresentados os resultados da pesquisa e, por último, são feitas as considerações finais, nas quais procurou-se consolidar os resultados obtidos, tecer comentários e sugestões e propostas para realização de novas pesquisas.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O trabalho e a saúde**

Além de representar um meio de ganhar a própria sobrevivência, o trabalho, na vida do homem representa também um *status* para o indivíduo, uma maneira de viver e de comportar-se. Para Dejours (1993) o trabalho é uma parte importante do contexto e conteúdo individual e social, estando diretamente relacionado com o cotidiano, trazendo uma série de implicações sociais e psicológicas. Mas em contraste com os fatores de equilíbrio e desenvolvimento que ele representa, o trabalho pode, por sua vez, comprometer a saúde do indivíduo em diferentes níveis, através das agressões e desgastes provocados ao longo dos anos e das relações no cotidiano do trabalho. A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade. Segundo o autor, essa formulação é duvidosa, já que é impossível definir este estado de completo bem-estar ou pode o mesmo não existir, sendo considerado apenas um ideal.

O autor considera ainda que existe um domínio do psíquico sobre a parte fisiológica, de modo que um trabalho repetitivo, fixo e imutável e que exija do seu executor níveis permanentes de concentração e de atenção representa perigo para a saúde do trabalhador, porque não possibilita que o indivíduo escolha seu modo operatório, criando um impasse psíquico e/ou uma doença. A partir disso, propõe um modelo de medição da carga psíquica que se baseia no fato de que o trabalhador, em seu ambiente, submetido às excitações externas, retém energia que se acumula e origina uma tensão psíquica ou nervosa. As excitações de ordem psicossensorial (exteriores) e pulsional (interiores) transformam-se no aparelho psíquico em energia pulsional, que dispõe de três vias para ser liberada. São elas: a)

a via psíquica, quando o indivíduo constrói representações mentais, em forma de fantasias agressivas, para aliviar a tensão emocional; b) através da via motora, quando é preciso utilizar a musculatura com agressividade e violência; c) através da via visceral, quando o indivíduo descarrega a tensão pela via do sistema nervoso autônomo e pela desregulação das funções somáticas. Na medida em que as excitações de ordem psicossensorial e pulsional se manifestam é desencadeado um processo de somatização, ou seja, quando a doença passa a externalizar-se. O exemplo mais interessante neste sentido é a questão da fadiga e do cansaço crônico, os quais podem levar às patologias propriamente ditas.

## 2.2 Estresse e neurose

No estudo das condições profissionais dos indivíduos, dois conceitos são importantes: o de neurose e o do estresse. Onde neurose profissional é explicada como *“patologia grave e instalada, diretamente ligada às condições de trabalho dos indivíduos e um estado de desorganização persistente da personalidade”* (AUBERT, 1993). Esta definição de neurose distancia-se, em muito, da definição dada pela psicanálise, a partir de análise “freudiana”, que a relaciona ao conflito entre o id e o ego, dois elementos participativos do aparelho psíquico: *“a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, a serviço do superego (realidade)”*, e é entendido como um processo normal não-patológico e inato, que difere da psicose (conflito do ego com a realidade, o mundo externo, e fuga destes), que é patológico.

Os mecanismos de defesa são um dos principais conceitos da teoria psicanalítica. Estes são utilizados pelo ego para que afetos desagradáveis e conflitos sejam reprimidos. *“A ação destes mecanismos surge quando o ego é atacado por forças externas ou internas, levando-o a um desequilíbrio. E isto ocorre durante toda a vida de uma pessoa, da infância à velhice”* (LIMA, 1997).

O estresse pode ser definido como uma reação fisiológica e quase mecânica do organismo a uma agressão e um processo de perturbação engendrado do indivíduo pela mobilização excessiva de sua energia de adaptação ao ambiente profissional (LADEIRA, 1999). Segundo Cooper, Sloan & William (1988) todo trabalho possui agentes potencialmente estressores e comuns a todas as ocupações profissionais. Estes agentes podem ser enquadrados em seis grandes categorias:

- a) os fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho (condições de insalubridade, jornada de trabalho, ritmo, riscos potenciais à saúde, sobrecarga de trabalho, introdução de novas tecnologias, natureza e conteúdo do trabalho) fundamentados na natureza do próprio trabalho;
- b) o papel do indivíduo na organização (presença de ambigüidades e expectativas externas sobre comportamentos individuais);
- c) o relacionamento interpessoal (com os superiores, colegas e subordinados);
- d) a carreira e a realização (satisfação pessoal obtida a partir da realização de expectativas de crescimento do indivíduo);
- e) a estrutura e o clima da organização (ameaças potenciais à integridade do indivíduo, sua autonomia e identidade pessoal);
- f) interface casa/trabalho (aspectos relacionais do estresse ocupacional e eventos pessoais fora do trabalho, dinâmica psicossocial e estresse).

Nakayama e Bittencourt (1998) acrescentam como fatores agressivos ou desencadeadores de estresse: a sensação de não-participação em decisões (sentimento de marginalização) e rumores sobre dispensas coletivas e falta de informações.

Um dos conceitos mais reconhecidos na área de ciências humanas sobre a questão do estresse é o desenvolvido por Lazarus (1966) que sugere que o estresse deve ser tratado como um organismo de compreensão de amplo alcance e de grande importância para a adaptação humana e animal. O estresse, nesse sentido, não é uma variável, mas uma síntese consistindo de muitas variáveis e processos.

Albrecht (1979) afirma que determinadas variáveis dos contextos de trabalho, se mantidas sob o mínimo de controle e gerenciamento, podem otimizar o desempenho do trabalhador. É a chamada zona de conforto que contempla as cargas física e mental do trabalho; as condições físicas, químicas e biológicas nas quais as tarefas são executadas; o valor e o conteúdo do trabalho; a utilização das habilidades individuais na consecução das tarefas; as relações interpessoais e o papel do indivíduo na organização.

Burt e Miller (1973) identificaram os fatores e estímulos presentes no contexto do trabalho que mais predisõem às fadigas físicas, mentais e crônicas do trabalhador, que são: os períodos de pausa insuficientes para o descanso regular do empregado, a posição estática do trabalhador em seu posto de trabalho e o cumprimento das suas atividades laboriais em ambientes insalubres, com níveis de calor, ruído, ventilação e umidade inadequados.

Os autores apontam ainda que o estresse não é mais uma doença ocupacional reservada aos executivos de primeira linha. Ele está presente em todos os níveis e estruturas organizativas, do chão de fábrica até o mais alto executivo. Suas conseqüências podem ser observadas nos elevados níveis de absenteísmo, no aumento do *turn-over* e da insatisfação, na redução da produtividade, no aumento do número de erros e acidentes de trabalho, além de apatia, fadiga, ansiedade e baixa motivação da força de trabalho.

De acordo com Mcqueen e Siegrist (*apud* ANGERAMI, 1986), o estresse, do ponto de vista individual, tem uma amplitude muito maior em termos psicológicos e físicos, ou seja, ele pode ir do simples desconforto à morte, das dores de cabeça aos problemas coronarianos, da indigestão à úlcera gástrica, da fadiga à hipertensão arterial e até mesmo ao desenvolvimento neoplásico.

Segundo Sivadon & Amiel (*apud* AUBERT, 1993) quando o estresse não é momentâneo, ou seja, não é adaptado pelo indivíduo e suas fontes persistirem de modo intenso e repetitivo, ele poderá desencadear uma “*neurose profissional*”, ou a neurose ligada às condições de trabalho e ao meio ambiente industrial. Os padrões individuais de estresse variam conforme cada tipo de pessoa (e da forma como ela interage com o seu meio) e conforme cada tipo de contexto e exigências do trabalho. Em síntese, as diferentes respostas de estresse ocorrerão tanto em função do estado geral e das características de cada organismo, como da fase de vida do indivíduo e da intensidade e freqüência das pressões que sobre ele atuam.

Além das obsessões, fobias e histerias, a neurose desencadeia outros elementos, tais como dificuldades nas relações interpessoais, com autoridades, acompanhados de estados psicorgânicos de debilidade que se manifestam, costumeiramente, pela manhã, devido à luta do meio interno (a própria identidade) com o meio ambiente agressivo do trabalho.

Para Aubert (1993) a neurose é uma afecção psicogênica persistente, na qual os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico, no qual o desenvolvimento está ligado a uma situação organizacional ou profissional determinada, encontrando origem no trabalho, simplesmente, ou sendo uma atualização de um conflito psíquico-infantil revivendo nas situações profissionais cotidianas.

A neurose de excelência, onde situações profissionais provocam um certo tipo de personalidade que busca um ideal elevado e uma superidentificação com o trabalho provoca uma luta constante para satisfazer os ideais de excelência que caracterizam nossa sociedade,

“fazendo com que o indivíduo se encontre obrigado a ser sempre o melhor”. Para Freudenberguer (*apud* AUBERT, 1993) isto desencadeia um processo em que o trabalhador, para obter desempenhos maiores, faz modificações em sua personalidade para buscar uma imagem própria espelhada em padrões exteriores de excelência e sucesso. E quando não há mais o retorno esperado pelo indivíduo, o processo de auto-reconhecimento degrada-se e a pessoa se prostra. Esta perda que desvaloriza o ego causa a depressão.

### **2.3. O prazer e o sofrimento no trabalho**

É através de suas características intrínsecas e da forma como está organizado que o trabalho humano pode gerar prazer ou sofrimento ao indivíduo. Ele pode ser equilibrante quando significa a retomada das aspirações e desejos do homem, ajudando-o a realizar-se, representando a ressonância simbólica, apontada por Dejours (1992) em que o sujeito não precisa deixar sua história, seu passado e sua memória “*no armário*”. Ele realiza no trabalho sua curiosidade e sua epistemofilia e persegue seu questionamento interior, além de traçar a sua história. O trabalho quando se opõe à liberdade de intenção, controle e vontade do trabalhador, degrada-o e despersonaliza-o, e, ao mesmo tempo, repercute negativamente sobre a estrutura mental do trabalhador.

Tome-se como exemplo um trabalho composto por tarefas altamente fragmentadas e que exigem alto nível de concentração e atenção, como é o caso das auxiliares de enfermagem, ao prepararem a medicação diária do paciente, obedecendo a horários fixos e dosagens específicas dos medicamentos. Em atividades desse tipo há um bloqueio da energia reservada à imaginação e do fluxo da criatividade, pois existem altos graus de prescrição e de normas de produção. A rigidez da estruturação desse tipo de trabalho repercute sobre o aparelho psíquico e, por extensão, sobre o seu corpo, originando doenças somáticas crônicas ou agravando as preexistentes.

Existe, portanto, uma situação conclusiva quanto à experimentação de prazer e sofrimento pelo indivíduo, definido através da lacuna entre o que a organização prescreve e normatiza e o que realmente ocorre na execução do trabalho.

É importante que o indivíduo possa ocupar um espaço de transgressão entre a organização real e a prescrita do trabalho, de forma que haja a possibilidade de descarga de sua tensão psíquica e conseqüente redução da carga psíquica do trabalho.



## 2.4. Gestão da força de trabalho

O funcionário competente e experiente que esteja sofrendo desgastes mentais representa incalculáveis perdas financeiras e humanas para a empresa, que perderá em produtividade e qualidade. Então, é necessário estabelecer nos programas de prestação de serviços de saúde a integração com atividades que envolvam aspectos relacionados à saúde física e mental.

Deve-se buscar tornar o ambiente da empresa, bem como das relações interpessoais, o mais saudável possível, a fim de conseguir qualidade de vida para o trabalhador e evitar patologias relacionadas ao trabalho.

Médicos epidemiologistas de empresas, bem como gerentes de recursos humanos identificam como principais queixas ou causas de absenteísmo, as crises nervosas, taquicardias, mal-estar denominado distonia neurovegetativa, hipertensão arterial, infartos e até tentativas de suicídio, causados por tensões emocionais e pressões sobre os empregados, que costumam ocorrer em períodos de transformações tecnológicas, organizacionais ou intensificação da produção.

A análise das relações de trabalho dentro de um ambiente organizacional pode facilitar a devida compreensão de como a tecnologia, o mercado de trabalho, relacionamentos interpessoais e setoriais etc. afetam o cotidiano das pessoas. Desse modo, o conhecimento das influências ambientais e organizacionais no desencadeamento de doenças ocupacionais e neuroses deve ter um enfoque mais específico e que, de acordo com Picaluga *apud* Siqueira (1982), o desgaste do trabalhador em seu ambiente de trabalho é condicionado por fatores gerais de vida e relações próprias deste trabalho.

## 2.5. A enfermagem nos hospitais

No que se refere aos trabalhadores na área de saúde, Johnson & Schulz (1979) explicitam que o setor de enfermagem representa, nos sistemas de saúde, o maior grupo profissional na área, sendo submetido a diversos tipos de pressões nas suas relações de trabalho. Na organização do trabalho, por exemplo, enquanto a produtividade do profissional médio tem aumentado substancialmente, em grande parte devido à delegação de tarefas e

responsabilidades à enfermagem, o mesmo não ocorre com as enfermeiras, cuja função não permite a delegação de atribuições para outro grupo profissional, além do trabalho não poder ser automatizado.

Para Siqueira (1994) a enfermagem é uma categoria profissional heterogênea, tanto nos aspectos relacionados à sua formação, quanto na ideologia e orientação das suas práticas profissionais. Ela é formada para o cuidado direto ao paciente e, de um modo geral, será empregada em funções administrativas. A autora mostra que as relações de poder nos hospitais entre médicos e enfermeiras perpetuam um *status quo* de dominação do saber médico e conseqüentemente do médico sobre a enfermeira. Loyola *apud* Miranda (1994) explicita que as enfermeiras aparentemente aceitam a dominação através das condições de trabalho na instituição hospitalar, ao mesmo tempo em que reproduzem essa relação de submissão para o paciente.

O estudo da subjetividade do trabalho permite definir as condições de trabalho, o desgaste físico e mental dos trabalhadores e a construção de suas estratégias defensivas. Neste sentido, Dejours (1992) afirma que as relações de trabalho dentro das organizações freqüentemente despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo o homem uma vítima do seu trabalho. Como conseqüência disto, o indivíduo desenvolve um conjunto de estratégias defensivas específicas para cada tipo de trabalho. Segundo Pitta *apud* Siqueira (1990) as principais estratégias defensivas dos trabalhadores hospitalares são:

- a) fragmentação da relação técnico/paciente: se a relação for muito íntima, o profissional se tornará mais passível de angústia. O parcelamento da tarefa resulta em redução do tempo de contato com os pacientes;
- b) despersonalização e negação da importância do indivíduo ('todo paciente é igual');
- c) distanciamento e negação de sentimentos através do controle dos mesmos;
- d) eliminação de decisões por meio de ritual de desempenho de tarefas, buscando rotinas e padronizações;
- e) redução do peso da responsabilidade em função do parcelamento, fragmentação e supervisão de tarefas.

Para Miranda (1991) os fatores que tornam penosas as atividades laboriais dos trabalhadores em hospitais, podem ser divididos nas formas:

- a) a carga mental, como consequência do trabalho parcelado e informações insuficientes para um melhor desempenho profissional;
- b) a carga psíquica, decorrente de pressão da concentração de trabalho, pressão das mudanças, nas condições de risco do paciente e do confronto com o sofrimento.

Pode-se inferir que qualquer análise que se pretenda realizar sobre desgaste físico e mental dos trabalhadores em saúde deve envolver variáveis de diferentes natureza e abrangência. Dentro deste enfoque, foi utilizado o modelo de Relações de Trabalho em Ambientes Hospitalares proposto por Siqueira (1994) no Quadro 1:

<b>Variáveis Microsociais</b>	<b>Características</b>	<b>Influência nas Relações de Trabalho</b>
<b>Organização do Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarefas rotineiras e repetitivas</li> <li>Parcelamento de tarefas e baixa rotatividade de tarefas</li> <li>Supervisão rígida de horários e faltas</li> <li>Normas definidas na lei de regulamentação da profissão</li> <li>Submissão ao trabalho médico</li> <li>Número de pessoal reduzido (percepção)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalho repetitivo atua no sentido da monotonia, pouca criatividade e desmotivação.</li> <li>Dependência dos colegas</li> <li>Especialização</li> <li>Controle maior sobre o empregado</li> <li>Inexistência de treinamento na organização</li> <li>Nenhuma autonomia e poder de decisão</li> <li>Rapidez nas tarefas, apesar da exigência de precisão</li> </ul>
<b>Gestão da Força de Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há treinamento</li> <li>Inexistência de política de benefícios</li> <li>Inexistência de plano de carreira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorização da experiência anterior</li> <li>Desmotivação e insatisfação</li> </ul>
<b>Condições de Trabalho e Saúde do Trabalhador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiente físico precário</li> <li>Faltam de materiais, equipamentos e medicamentos.</li> <li>Grande esforço físico</li> <li>Tratar com o sofrimento alheio</li> <li>Baixos salários</li> <li>Não tem direito a nenhum plano especial de assistência médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificulta a realização do trabalho, aumenta a insatisfação.</li> <li>Tensão e cansaço constantes, dores lombares.</li> <li>Grande número de faltas e licenças</li> <li>Desgaste emocional</li> <li>Sentem-se pouco valorizados pela organização</li> <li>Sentem-se explorados</li> </ul>
<b>Formas de Regulação de Conflitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participam de decisões somente ligadas ao próprio trabalho</li> <li>Inexistência de formas institucionalizadas de regulação de conflitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Principais reivindicações: salários e condições de trabalho</li> <li>Profissão ligada a valores religiosos (conformismo e submissão)</li> <li>Vocação (trabalho por amor), satisfação com a profissão.</li> </ul>

Quadro 1: Resumo de variáveis de relações de trabalho em hospitais

Fonte: Siqueira (1994, p. 248-249).

As relações de trabalho entre médicos/enfermeiros e auxiliares de enfermagem são, em nossa realidade, formadas por uma estrutura de poder rígida, em que os primeiros são colocados numa posição superior em termos de *status* e conhecimento. Segundo Santos (1992) os médicos assumem a posição de “*senhores do saber*” e os profissionais de enfermagem se submetem “humildemente” às ordens recebidas para desempenharem tarefas consideradas periféricas e enfadonhas. Assim acontece com o auxiliar, ou seja, não lhe é permitido espaço para questionar, discutir e analisar junto ao médico o andamento do serviço em prol do paciente. Isso torna, então, os enfermeiros e auxiliares totalmente desinteressados e sem autonomia.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

O estudo foi realizado num hospital público e pode ser considerado um estudo do tipo descritivo, realizado no período compreendido entre junho e novembro de 1998. O processo de levantamento de dados foi dividido em duas partes: na primeira, foram entregues questionários aos 36 auxiliares de enfermagem; e, na segunda, foram analisados e interpretados os dados obtidos, relacionando as variáveis de maior incidência e significância. Concomitantemente, foram realizadas entrevistas com uma chefia administrativa e uma chefia de enfermagem, um representante do sindicato e com um médico do trabalho. Além disso, foram realizadas entrevistas com estes profissionais, nas quais foram obtidas informações através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em local apropriado, no próprio ambiente de trabalho.

Nas entrevistas teve-se o devido cuidado na garantia do anonimato e do sigilo do entrevistado e conteúdo, respectivamente e foram levantados pontos para discussão relacionados com os objetivos da pesquisa, deixando o entrevistado livre para colocar as suas opiniões. A interferência do entrevistador era mínima, a não ser quando havia a necessidade de redirecionar a discussão. As entrevistas tinham em média uma duração de 50 minutos. Utilizamos com as auxiliares, com o médico do trabalho, com a chefia de enfermagem e a administrativa, as entrevistas de tipo não-diretiva, gravadas em fita cassete, com permissão prévia dos entrevistados, transcritas na íntegra e categorizadas. Cada auxiliar pesquisado submeteu-se à aplicação de questionários no seu próprio ambiente de trabalho. Os discursos

gravados das entrevistas foram trabalhados sob a orientação da análise de conteúdo de Bardin (1977).

### **3.1 O instrumento de pesquisa: questionário**

Para a obtenção dos dados referentes às variáveis quantitativas o instrumento de pesquisa foi um questionário, que foi elaborado a partir do modelo de Siqueira (1994). O questionário foi dividido em duas partes: a primeira parte, objetivando coletar dados sociodemográficos, tais como: Tempo de Serviço na Organização, Idade, Naturalidade, Sexo, Estado Civil e Formação Escolar. A segunda parte, procurando identificar quais as características e influências nas relações e organização do trabalho, nas variáveis analíticas explicitadas na metodologia proposta por Siqueira (1994), na qual são formuladas afirmações e os respondentes expressavam uma atitude de “discordância” ou “concordância” baseada numa escala de Likert variando de 1 (um) a 5 (cinco).

### **3.2 Tratamento dos dados**

Os dados sociodemográficos, assim como a análise quantitativa referente às relações de trabalho em ambientes hospitalares junto as auxiliares foram coletados e expressos ora em forma de média, ora em valores absolutos e percentil.

A análise qualitativa foi realizada através de categorizações obtidas através da aplicação de discursos diretos os quais são reagrupados depois de desmembrados os textos em unidades, depois disso as unidades foram descritas, classificadas e interpretadas.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **4.1 Análise Quantitativa**

#### **4.1.1 Dados sociodemográficos**

Foram trabalhadas as seguintes variáveis sócios demográficas: a) Tempo de serviço na organização; b) Idade; c) Sexo; d) Estado Civil e e) Formação Escolar. Os resultados obtidos mostram que 75% da amostra trabalham há cerca de três ou quatro anos na instituição; a idade

concentra-se entre 30 e 35 anos; 89% da amostra são do sexo feminino; a maioria (61%) é casada (os). Quanto à formação escolar, mostra a maior concentração, 39%, na categoria 2º grau completo, ficando 11%, com curso técnico profissionalizante, 31% com curso superior incompleto e 19% com curso superior completo.

#### **4.1.2 Resultados quanto às variáveis envolvendo aspectos relacionados às diversas formas de relações de trabalho em hospitais no modelo proposto**

- a) no que se refere à Organização do Trabalho, as auxiliares de enfermagem consideram que:
- suas tarefas são rotineiras e repetitivas, trazendo como influência nas relações de trabalho atividades monótonas que exigem pouca ou nenhuma criatividade, gerando um clima de desmotivação;
  - suas atividades são muito dependentes do profissional médico, tendo como repercussão a existência de praticamente nenhuma autonomia e poder de decisão;
  - nos relatos das enfermeiras-chefe das alas pediátrica, médica e cirúrgica, vimos que há ocorrência de queixas das auxiliares quanto à sobrecarga de trabalho devido a pouca mão-de-obra, em certos horários; falta de continuidade, ou seja, o que fica determinado por fazer pela manhã não é cumprido pela turma da tarde ou da noite.
- b) No que se refere à Gestão da Força de Trabalho, as auxiliares de enfermagem alegam que:
- não existe treinamento esporádico, nem sistemático;
  - não existe uma política de benefícios para a categoria, nem um plano de carreira. Isto tem como principal influência para as relações de trabalho um clima de desmotivação e insatisfação.
- c) No que se refere às Condições de Trabalho e Saúde do Trabalhador, elas consideram que:
- o ambiente físico é precário; a frequência com que ocorre falta de materiais, equipamentos e medicamentos dificulta a realização do trabalho e aumenta a insatisfação;
  - os riscos de contaminação são uma constante no ambiente de trabalho hospitalar, e isso gera um estado de ansiedade, porque, muitas vezes, não se conhece o diagnóstico completo do paciente quando ele é admitido;

- o exercício da profissão exige um grande esforço físico para o desempenho das suas atividades, o que pode acarretar num número considerável de faltas e de licenças, devido, principalmente, aos problemas de saúde como LER (Lesão por Esforço Repetitivo), por exemplo;
- o exercício de suas atividades traz um grande desgaste emocional, em função da convivência com o sofrimento alheio;
- a política salarial vigente não é compatível com o volume e responsabilidades das suas tarefas. Isto traz o sentimento de pouca valorização e exploração por parte da organização.

d) No que se refere às Formas de Regulação de Conflitos:

- não existe uma forma padronizada para contornar os seus conflitos profissionais e de relacionamentos dentro dos seus grupos de trabalho. O que reforça a idéia de que o nível de organização da categoria é muito baixo fazendo com que as dirigentes não sintam a necessidade de utilizar qualquer estratégia de regulação de conflitos nem mecanismos formais de integração.

## 4.2 Análise qualitativa

Dos discursos coletados, pôde-se perceber aspectos relacionados aos sofrimentos físicos e mentais das auxiliares de enfermagem. Baseando-nos na teoria de análise do conteúdo, proposta por Bardin (1977), para confirmar as hipóteses, foi possível trabalhar 11 categorias para análise, quais sejam: “*o não-reconhecimento do valor do auxiliar*”; “*sofrimento com o contato direto e íntimo com o paciente*”; “*projeção no paciente*”; “*sobrecargas e escassez de condições*”; “*intolerância e impaciência com o paciente*”; além das variáveis microsociais propostas por Siqueira (1994), que também se enquadram na análise, como categorias, que são: “*organização do trabalho*”; “*gestão da força de trabalho*”; “*condições de trabalho e saúde do trabalhador*”; e “*formas de regulação de conflitos*”.

No que concerne à categoria “*não-reconhecimento do valor do auxiliar*”, verificamos como as auxiliares percebem o fato de não contarem com o retorno e o apoio dos pacientes e dos seus acompanhantes, quando realizam suas tarefas, além da sua submissão aos comentários.

*“[...] tem mãe que é malvada. Na vista da gente ela não diz nada, mas na frente, mas na frente do residente, elas fazem a caveira da gente.”* (39 anos; feminino; pediatria; auxiliar);  
*“Têm outras mães que ficam desorientadas, inseguras, perdidas, porque estão num lugar estranho, aí, nem ajudam a gente.”*(28 anos; feminino; pediatria; auxiliar).

A categoria *“sofrimento com o contato direto e íntimo com o paciente”*, demonstra como as auxiliares se perturbam com a dor alheia.

*“Hoje fizemos uma limpeza cirúrgica em ‘D’, de 11 anos, que sofreu um acidente com a bicicleta. Ele estava horrível: perdeu a orelha direita e, além disso, estava coberto de leucose e verme, e com um mau-cheiro terrível, pois lá no outro hospital não deram nenhum banho nele, em um mês que ele passou lá, internado. Depois da limpeza, todos tomaram banho, mas não adiantou. O cheiro parecia que não saía da gente.”* (34 anos; feminino; centro cirúrgico; auxiliar);

*[...] eu morro de pena de uma mulher do trinta e seis (nº da enfermagem) que tá com neo de colo (câncer de colo uterino) e nem o marido, nem os filhos querem que ela volte para casa. Já era para ela ter ido para casa, pois o médico já deu alta, mas ela não quer ir. E ela tá sentindo muitas dores e é paciente terminal. Eu me ponho no lugar dela e vejo como mulher sofre.”* (31 anos; masculino; ala cirúrgica; auxiliar).

A categoria *“projeção no paciente”*, diz respeito ao processo de empatia do auxiliar com o paciente, quando este projeta nele seus sofrimentos e seu amor.

*“Tem paciente que fica amigo da gente e traz até uma lembrancinha depois que tem alta. Choram quando se*



*despedem da gente e a gente sente muita saudade. O que mais me faz sentir realizada é quando ele chega doente e sai curado ou melhorado, e diz ‘Deus te abençoe’ prá gente.”* (29 anos; feminino; clínica médica masculina; auxiliar);

*“[...] fico revoltada e morro de medo de erro médico. Abriram uma mulher e, quando viram, ela não tinha nada, nem um tumorzinho sequer, nada!”* (44 anos; feminino; ambulatório; auxiliar).

De acordo com a categoria “*sobrecargas e escassez de condições*” e “*condições de trabalho e saúde do trabalhador*”, colhemos os seguintes depoimentos:

*“Aqui, às vezes, a gente tinha que arriscar: entrava na enfermaria de DIC (doenças infectocontagiosas) sem máscara, porque não tinha.”* (33 anos; feminino; clínica médica masculina; auxiliar);

*“Eu fico aqui sozinha, pra cuidar de mais de dez pacientes. Como eu vou dar conta de abrir prontuário, fazer registro em livro e ainda fazer a medicação?”* (44 anos; feminino; unidade de tratamento da cólera; auxiliar);

*“Tem uma paciente com sinusite aqui que tá sofrendo com o ar-condicionado e, pra completar, nem veio a medicação para dar a ela.”* (38 anos; feminino; unidade de terapia intensiva; auxiliar).

Ainda nesta categoria, enquadramos o depoimento do médico do trabalho da instituição e de uma enfermeira-chefe:

*“Especificamente, não há uma doença que seja a principal ocorrência no meu atendimento. No pessoal que trabalha*

*com Radiologia tem muitos casos de leucopenia (baixa de leucócitos) e até mesmo de leucemia. O estresse também é muito comum entre as auxiliares porque elas trabalham em até três plantões por dia ou chegam até mesmo a dar plantões nos finais de semana. Mais de 50% delas têm tripla jornada de trabalho, ou seja, além de trabalharem aqui, dão plantão em outros hospitais e têm que cuidar dos filhos e da casa”.*

*“Já atendi casos de acidentes com instrumentos perfurocortantes e contaminação com doenças infectocontagiosas. Mas estes casos não são muito comuns aqui, pois, apesar das condições físicas não serem tão boas, as auxiliares são alertadas para os perigos das atividades que elas executam, além de ter a supervisão da enfermeira-chefe nas tarefas mais delicadas.” (médica do trabalho do HUAC)”;*

*“Há os riscos de perfurar-se com agulha contaminada, contaminar-se com curativo mal manuseado, contrair Pseudomona aeruginosa com este curativo, contrair meningite ou tuberculose através da saliva e secreções, principalmente porque não se sabe sempre o estado de saúde do paciente ou do acompanhante. Por exemplo, quem é portador de SIDA algumas vezes esconde do médico esta informação, e podemos estar correndo alguns riscos, até a chegada do resultado do exame específico.” (40 anos; feminino; pediatria; enfermeira-chefe);*

*“[...] o que eu acho pior é a gente trabalhar sem maiores condições. A gente trabalha porque gosta mesmo. Quando falta equipamento, medicamento, material para curativo,*

*“você sente dificuldade. Querer dar assistência melhor ao paciente e não poder é horrível! Mas o bom do trabalho é ver o paciente chegar muito ruim e ver ele melhorar. É gratificante! A gente faz tudo para ele melhorar e quando ele melhora, a gente se realiza, vê que valeu!”* (34 anos; feminino; ala cirúrgica; auxiliar).

A variável microssocial “*organização do trabalho*”, enquadrada como uma das categorias para análise do conteúdo dos depoimentos das enfermeiras-chefe e dos auxiliares, permite a verificação de questões levantadas no início da pesquisa, a partir dos seguintes depoimentos:

*“ [...] no meu horário, eu fico sozinha na ala, que é pequena, eu sei, mas, às vezes, sobrecarrega e eu me vejo doida aqui.”* (46 anos, feminino; ala médica feminina; auxiliar);

*“ [...] o pior é a forma como alguns médicos tratam a gente: não tratam como humano, quando pedem alguma coisa à gente.”* (45 anos; feminino; pediatria; auxiliar).

A categoria “*gestão da força de trabalho*” demonstra como as queixas das auxiliares, quanto à falta de treinamento, inexistência de mais benefícios e plano de carreira aparecem com mais frequência nos depoimentos das auxiliares e da chefia de enfermagem:

*“ [...] elas estão insatisfeitas com o que ganham. É pouco para o tipo de trabalho que elas fazem aqui.”* (46 anos; feminino; ala cirúrgica; enfermeira-chefe);

*“Seria muito bom se houvesse uma atualização. Não só elas (as auxiliares) como eu, qualquer profissional precisa de treinamento.”* (46 anos; feminino; ala cirúrgica; enfermeira-chefe);

*“Com certeza, treinamento é essencial. Deveria haver todo ano. Reciclagem pra tratar bem os pacientes deveria ter sempre. Todo dia a gente tem o que aprender.”* (40 anos; feminino; pediatria; enfermeira-chefe).

A categoria *“formas de regulação de conflitos”*, mostra como ocorrem as tomadas de decisões dentro do ambiente de trabalho e que não há formas padronizadas de regulação de conflitos.

*“As relações de trabalho são boas aqui na pediatria. Qualquer queixa ou reclamação, a gente conversa, procura resolver. Quando eu erro, eu peço desculpas, quando alguma menina erra, eu reclamo...”* (40 anos; feminino; pediatria; enfermeira-chefe);

*“Quando as meninas desejam mudar alguma coisa, elas vêm falar comigo e quando eu posso resolver, eu resolvo. Se não, eu mando para outra pessoa, o diretor ou o superintendente.”* (33 anos, feminino; ala médica masculina; enfermeira-chefe).

## **5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES.**

Os resultados obtidos com a realização do trabalho confirmam o explicitado na fundamentação teórica explorada na pesquisa, permitindo-se afirmar que existe um grande desgaste físico e mental das auxiliares de enfermagem no desempenho das suas atividades, evidenciados por uma série de fatores gerados de muita reclamação, insatisfação, desmotivação e desvalorização do profissional, dentre elas:

- a) controle rígido dos horários;
- b) o ritmo forte de trabalho e a grande carga de trabalho;
- c) as poucas possibilidades de carreira e ascensão profissional;
- d) a inexistência de formas de participação;
- e) os baixos salários da categoria.

Além disso, pôde-se identificar um conjunto de aspectos negativos da organização e relações de trabalho das auxiliares de enfermagem, os quais exacerbam os riscos e perigos da profissão e que puderam ser identificadas nas entrevistas realizadas, são eles:

- a) más condições gerais de vida, como a maioria dos trabalhadores brasileiros: baixos salários, residências distantes dos locais de trabalho, transporte em veículos lotados, alimentação deficiente etc.
- b) perfil de gênero da categoria: 90% dos trabalhadores são do sexo feminino, submetidos a uma árdua e extenuante dupla jornada de trabalho: no lar e nos hospitais;
- c) pouco conhecimento dos fatores de risco da profissão e de prevenção de acidentes, além de pouca tradição em reivindicar e se organizar;
- d) precárias condições para a realização do trabalho;
- e) sobrecarga de trabalho, em função de equipes reduzidas;
- f) trabalhadores submetidos às relações autoritárias/coercitivas e/ou paternalistas com as chefias.

Os problemas enfrentados pelos auxiliares de enfermagem, no que se relaciona à organização e às relações de trabalho, caracterizam-se por ser uma situação delicada e complexa que não pode ser modificada imediatamente, mas um mínimo poderia ser assegurado aos trabalhadores, com a implementação de alguma das medidas pela OIT (medidas de proteção; OIT, Convenção 149, Recomendações 157).

Através dos discursos coletados nas entrevistas pudemos relacionar fatores como o convívio com os sofrimentos dos pacientes, a execução do trabalho em ambientes precários, as relações de trabalho entre auxiliares e colegas, entre outros, ao desencadeamento de sofrimentos físicos e mentais desta categoria. Cada perda provocada por estes sofrimentos ameaça, diretamente, a qualidade de vida do auxiliar e, conseqüentemente, a execução de seu trabalho.

A identificação ou a projeção do auxiliar de enfermagem com os sofrimentos, as dores e a possibilidade da morte do paciente, de forma que estes se encarem como suscetíveis de adoecerem, geram ansiedade e angústia que, somadas às condições gerais de viver deste profissional, podem vir desencadear doenças emocionais, como o *estresse*, por exemplo, que interferirão de forma decisiva nos seus relacionamentos cotidianos.

No processo de adaptação aos problemas laborais, verifica-se a existência de uma ruptura com o seu ambiente doméstico, buscando-se uma compensação, ou seja, o auxiliar compara, muitas vezes, os seus problemas e perdas com os dos pacientes e vê que está em uma situação melhor, em termos de qualidade de vida e, então, passa a cuidar destes, até que fiquem curados e esta cura sirva de gratificação suficiente para continuar exercendo o seu trabalho.

Os auxiliares entrevistados adquiriram uma capacidade maior de acomodação de sua atual existência, como vertente encontrada no estreitamento dos laços afetivos com os pacientes. Eles gostam do reconhecimento e do carinho que recebem dos doentes, fato este que os faz sentir-se fortes para ajudarem-se mutuamente. Desta forma, estas aquisições assinalam uma forte relação do exercício da profissão do auxiliar de enfermagem com o amor e a vontade de ser útil à sociedade, fazendo com que estes profissionais continuem a estabelecer relações de atenção e de interesse genuínos para com os seus enfermos.

Como possíveis soluções para os problemas identificados junto às auxiliares de enfermagem pesquisadas no que se refere à organização e às relações de trabalho e suas implicações no sofrimento físico e mental, seriam recomendáveis algumas medidas do tipo:

- a) estabelecer serviços de saúde ocupacional para o pessoal de enfermagem;
- b) implantar jornadas de trabalho reduzidas, horas de descanso mais frequentes e férias mais longas;
- c) garantir compensações financeiras para o pessoal de enfermagem que trabalha em áreas que envolvem maior risco;
- d) realizar exames médicos periódicos ou implantar um sistema de anotações de reações ou sintomas do próprio pessoal de enfermagem em intervalos regulares durante seu serviço;
- e) providenciar roupas de proteção e imunização;
- f) segmentos deste grupo profissional devem ser chamados a colaborar com as autoridades competentes, no sentido de assegurar medidas efetivas de proteção à saúde e seguridade do pessoal de enfermagem;
- g) implantação de atividades físicas durante as jornadas de trabalho, conciliadas com técnicas de alongamento e relaxamento.

A intenção do trabalho foi de retomar estudos sobre especificidades da organização e relações no ambiente hospitalar como mecanismo de alerta para a complexidade e abrangência do tema, o qual envolve uma grande quantidade de aspectos a serem considerados, inclusive, no que se refere à estrutura de poder na relação do (a) profissional médico *x* enfermeiro *x* auxiliar de enfermagem. Neste sentido, abrem-se novos espaços para pesquisar o tema, com formas de abordagens de conteúdo e metodológicas diferentes da proposta aqui, as quais, certamente, irão contribuir para aumentar a competitividade das organizações hospitalares e dinamizar as relações de trabalhos entre os profissionais da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A., **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**, São Paulo: Traço, 1986.

AUBERT, N., A Neurose profissional. **Revista de Administração de Empresa**. São Paulo, v. 33, n. 1, p.84-105, 1993.

BARDIN, L., **Análise de conteúdo**, São Paulo: Ed. 70/Persona, 1977.

FREUD, S., **O id e o ego** uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

JOHNSON, A.C., SCHULZ, R., **Administração de hospitais**, São Paulo: Pioneira, 1979.

LADEIRA, M. B., O processo do estresse ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 31, n. 1, p.64-74, 1996.

LIMA, M. A., **Envelhecimento e perdas**: processo incessante de fazer, Relatório de Pesquisa CNPq/UEPB, Campina Grande – PB, 1997.

MIRANDA, C. L., **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Condições de trabalho**. Genebra, 1985. (Informe Técnico).

PICALUGA, I. F., “Saúde e trabalho”.In: IBASE, **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1982.

PITTA, A. M. F., **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1980.

SANTOS, S. R., **Motivação no trabalho do enfermeiro**: fatores de satisfação e insatisfação, João Pessoa – PB, 1992. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, 1992.

.

SILVA. E. S., A Interrelação trabalho – saúde mental: um estudo de caso. **Revista de Administração de Empresa**. São Paulo, v. 32, n. 4, p.70-91, 1992.

SIQUEIRA, M. M., Sofrimento físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma abordagem sob o enfoque gerencial. 18º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração **Anais...** 1994, v. 10, p.247-259, Curitiba – PR, 1994.