



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

JORGE LUIZ GUEDES SANT'ANA

**O SOFRIMENTO MENTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM
CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA**

FLORIANÓPOLIS

2020

JORGE LUIZ GUEDES SANT'ANA

**O SOFRIMENTO MENTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM
CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA**

Tese Submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção, da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutor em Engenharia de
Produção – área de concentração: Ergonomia.
Orientadora: Prof^ª. Leila Amaral Gontijo, Dr^ª.

FLORIANÓPOLIS

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sant'ana, Jorge Luiz Guedes Sant'ana
O SOFRIMENTO MENTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
UM CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA : UMA ABORDAGEM
ERGONÔMICA / Jorge Luiz Guedes Sant'ana Sant'ana ;
orientador, Leila Amaral Gontijo Gontijo, 2020.
157 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Engenharia de Produção. 2. Análise Ergonômica do
Trabalho. 3. Sofrimento mental. 4. Enfermagem. 5.
Ergonomia. I. Gontijo, Leila Amaral Gontijo. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Engenharia de Produção. III. Título.

JORGE LUIZ GUEDES SANT'ANA

**O SOFRIMENTO MENTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM
CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por
banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^o Eugenio Andrés Díaz Merino Dr.
UFSC

Prof^o Elton Moura Nickel Dr.
UDESC

Prof^o Fabrício Augusto Menegon Dr.
UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção – Ergonomia.

Prof^o Enzo Morosini Frazzon Dr.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

Prof^a. Leila Amaral Gontijo, Dr. (a)
Orientadora

FLORIANÓPOLIS 2020

É com muito carinho e respeito que dedico esta pesquisa às crianças que estiveram (em memória) e as que continuam lutando contra o câncer e aos ilustres profissionais que se dedicam intensamente àquele trabalho. Com amor e reconhecimento pela importância do incentivo em minha vida pessoal e profissional, à minha amada esposa Lucia Antônio de Menezes Sant'ana e meus filhos Matheus Menezes Sant'ana e Laís Menezes Sant'ana. Meu muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor por mais essa oportunidade, me guiando e conduzindo pelo caminho do amor e da justiça. Por me permitir crescer no convívio com tão nobre causa, junto a pessoas tão ilustres.

Aos meus pais, pela vida, ética e educação prioritárias em meu desenvolvimento. Agradeço ao meu pai (em memória) e a minha mãe (em memória) que onde estão, estarão orgulhosos pelos feitos do filho.

À minha amada esposa e meus filhos que sempre incentivaram e reconheceram a importância da educação e da persistência na busca dos sonhos.

À minha querida e inesquecível orientadora, professora Leila, pelos momentos em que o meu projeto foi sendo desenhado, com muita calma, delicadeza e sabedoria e também por ter confiado no meu potencial. Ao professor Merino, que esteve também presente na maioria das disciplinas do curso, meu muito obrigado!

Aos membros da banca, que aceitaram participar e contribuir com as correções e orientações nesta tese, minha gratidão.

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão e às amigas do setor de hemoterapia oncológica, com as quais tive o prazer de conviver por mais de dois anos, agradeço por permitir a execução da pesquisa por meio das entrevistas, reuniões e pelos momentos de conversas que foram tão esclarecedoras para a conclusão desta tese.

Agradeço especialmente aos pacientes e familiares pelo convívio e por terem contribuído de forma silenciosa, mas presente, demonstrando o quão especial é aquele setor.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), pela aceitação, e aos professores e funcionários pela forma com que recebem e auxiliam os alunos.

A todos que torceram por minha vitória, e se orgulharam junto a mim da honrosa condição de ser aluno desta respeitosa universidade, meu sincero carinho e gratidão!

RESUMO

Os profissionais de enfermagem convivem diariamente em um ambiente estressante, submetidos a uma atmosfera de tensão, sobrecarga física e emocional. O estresse no trabalho pode predispor a doenças que irão resultar em comprometimento da qualidade do trabalho, insatisfação profissional, doenças ocupacionais, dentre outros. Objetivo: investigar os motivos de sofrimento mental relacionados ao trabalho e as estratégias de enfrentamento adotadas por profissionais de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica. A motivação desta pesquisa se deu depois de conhecer o trabalho de uma enfermeira que se encontrava afastada do trabalho com diagnóstico de Depressão e Ansiedade Generalizada, por meio de uma AET (Análise Ergonômica do Trabalho). Essa análise permitiu constatar que havia uma demanda associada ao problema do adoecimento mental em decorrência da forte sobrecarga emocional existente naquele tipo de trabalho, e que outros (as) profissionais também apresentavam casos semelhantes, necessitando, assim, de uma análise mais abrangente, desta vez no coletivo do trabalho. Metodologia: trata de um estudo de caso que é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo dos fatos objetos de investigação, qualitativo, descritivo e exploratório. Consistiu-se inicialmente de um levantamento bibliográfico por meio de uma RSL (Revisão Sistemática de Literatura), da realização de uma Análise Ergonômica do Trabalho AET, uma Análise Coletiva do Trabalho (ACT), optando-se pela metodologia de análise do discurso de Bardin para tratamento dos dados. Foram aplicados também os questionários de *Maslach burnout inventory* (MBI) e o questionário de sofrimento mental *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para a identificação dos níveis de *burnout* e sofrimento mental dos participantes respectivamente. Resultados: A Análise Ergonômica do Trabalho AET permitiu observar que fatores interpessoais nas equipes influenciavam negativamente o ambiente de trabalho e abalavam emocionalmente a profissional que teve o seu trabalho analisado: falta de comprometimento, companheirismo, baixo desempenho, constantes intercorrências, as difíceis condições de execução de algumas atividades, a dor e o sofrimento do paciente e dos familiares. Sobre a Análise Coletiva do Trabalho ACT, verificou-se que somados aos problemas observados na AET, outras questões foram elencadas como os principais motivos de sofrimento mental no setor: sobrecarga física e mental, problemas com a família, saúde própria ou de familiar, tipo de trabalho, violência horizontal, falta de adaptação ao trabalho, *booling* e ruídos das bombas infusoras. Sobre os questionários, constatou-se que os níveis médios de *burnout* da equipe estavam em 51,83%, considerados em fase de início do *burnout* e que 11 (onze) de 29 (vinte e nove) ou 38% dos respondentes apresentaram índices acima de 7 (sete), que é considerado como sofrimento mental. Estratégias de enfrentamento são adotadas a fim de evitar o envolvimento emocional e os conflitos. O remanejamento de alguns profissionais, mudanças no processo de triagem e internação permitiram distribuir melhor os pacientes e reduzir o número de internações. Conclusão: O envolvimento emocional ao se conviver com o sofrimento e as dores das crianças e familiares foi considerado como o principal motivo de sofrimento para os profissionais. Outros fatores como a sobrecarga de serviço, os problemas de relacionamentos, a violência horizontal e do *Bulling* tornam o ambiente mais penoso. Assim, o apoio psicológico no setor se faz necessário, a observação dos casos de estresse, ansiedade e baixo rendimento devem ser incentivados e como propostas de novos estudos propõem-se questões como os problemas de relacionamento interpessoal, incentivo ao aprofundamento da questão do preparo na formação do enfermeiro e do técnico no enfrentamento da morte e luto e o caso das inconvenientes bombas infusoras.

Palavras-chave: *burnout*, análise coletiva do trabalho, enfermagem, sofrimento mental, ergonomia.

ABSTRACT

Nursing professionals live daily in a stressful environment, subjected to an atmosphere of tension, physical and emotional overload. Stress at work can predispose to diseases that can result in compromised quality of work, job dissatisfaction, occupational diseases, among others. Objective: to investigate the reasons for work-related mental suffering and coping strategies adopted by nursing professionals in a pediatric oncology center. The motivation of this research was after knowing the work of a nurse who was away from work diagnosed with Depression and Generalized Anxiety, through an AET (Ergonomic Work Analysis). This analysis showed that there was a demand associated with the problem of mental illness due to the strong emotional overload existing in that type of work, and that other professionals also had similar cases, thus requiring a more comprehensive analysis, this time in the study collective work. Methodology: It is a case study that is characterized by the deep and exhaustive study of the facts that are the objects of investigation, qualitative, descriptive and exploratory. Initially, it consisted of a bibliographic survey by means of a Systematic Literature Review (RSL), an AET Ergonomic Work Analysis, a Collective Work Analysis (ACT), and the Bardin discourse analysis methodology for data processing. Maslach burnout inventory (MBI) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) were also applied to identify participants' burnout and mental distress levels, respectively. Results: The work of the oncology center nursing professional is quite complex and develops collectively, so several subjective aspects are involved. The Ergonomic Work Analysis EWA allowed us to observe that interpersonal factors in teams such as lack of commitment, companionship and poor performance caused stress and tension in the staff, while the high number of complications and the difficult conditions of execution of some activities, besides living with the pain and suffering of the patient and family member shook them emotionally. Regarding the Collective Analysis of the CT Work, it was found that in addition to the problems observed in the EWA, other issues were listed as the main reasons for mental suffering in the sector: physical and mental overload, problems with the family, own or family health, type of work, horizontal violence, lack of adaptation to work, booling and noise from infusion pumps. Regarding the questionnaires, it was found that the average levels of burnout in the team were 51.83%, considered to be in the beginning stage of burnout and that 11 (eleven) out of 29 (twenty-nine) or 38% of the respondents had indexes above 7 (seven), which is considered as mental suffering. The relocation of some professionals, changes in the screening and hospitalization process allowed better distribution of patients and reduced the number of hospitalizations. Conclusion: Emotional involvement when living with the suffering and pain of children and family members was considered as the main reason for suffering for professionals. Other factors such as service overload, relationship problems, horizontal violence and Bulling make the environment more painful. Other factors such as service overload, relationship problems, horizontal violence and Bulling make the environment more painful. Thus, psychological support in the sector is necessary, observation of cases of stress, anxiety and low performance should be encouraged and as proposals for new studies, questions such as interpersonal relationship problems are proposed, encouraging the deepening of the issue of preparation in training of nurses and technicians to face death and grief and the case of inconvenient infusion pumps.

Key words: burnout, collective analysis of work, nursing, mental illness, ergonomics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de coleta de dados.....	29
Figura 2 - Nuvem de palavras gerada pelo aplicativo <i>Wordl</i>	39
Figura 3 - Local da Análise Ergonômica di Trabalho (AET).....	69
Figura 4 - Quarto de descanso da enfermagem	72
Figura 5 - Localização da medicação no armário.....	73
Figura 6 - Bombas infusoras.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Afastamento do serviço do pessoal do setor de oncologia pediátrica	70
Tabela 2 - Faixa de idade dos componentes do setor de oncologia.....	77
Tabela 3 - Frequência de burnout na equipe.....	77
Tabela 4 - Respostas positivas, frequência e porcentagem no questionário SRQ 20.....	79
Tabela 5 - Respostas positivas dos profissionais em relação aos Fatores do SRQ20.....	80
Tabela 6 - Resumo dos principais achados, estratégias e propostas ergonômicas.....	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Portfólio Bibliográfico com artigos internacionais.....	132
Quadro 2 - Portfólio Bibliográfico com artigos nacionais.....	140
Quadro 3 - Tabela com as teses e dissertações que se alinham com a pesquisa	143
Quadro 4 - Categorias das reuniões e entrevistas	40
Quadro 5 Categorias de problemas no trabalho relacionados ao sofrimento com a doença das crianças e a sobrecarga com a equipe de plantão.....	42
Quadro 6 - Categorias de sobrecarga emocional relacionada com o paciente e problemas com a família	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Categorias de palavras mais prolíferas das entrevistas	40
Gráfico 2 - Dispersão dos níveis de burnout e a idade	79
Gráfico 3 - Frequência das respostas positivas do SRQ 20.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT – Análise Coletiva do Trabalho

AET – Análise Ergonômica do Trabalho

BMDP – Programa de computador voltado para fins estatísticos

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Epi Info – *Software* grátis

IBM - *International Business Machines*

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

Minitab - Programa de computador voltado para fins estatísticos

Ness - Programa de computador voltado para fins estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAS - Programa de computador voltado para fins estatísticos

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SRQ - *Self-Reporting Questionnaire*

Stat Plus - Programa de computador voltado para fins estatísticos

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VPN - Sigla, em inglês, para “Rede Virtual Privada”

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

TMC - Transtornos Mentais Comuns

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	PROBLEMA E CONTEXTO DA PESQUISA.....	17
1.2	OBJETIVOS.....	20
1.2.1	Objetivo Geral.....	20
1.2.2	Objetivos Específicos	20
1.3	JUSTIFICATIVAS	20
1.4	DELIMITAÇÕES.....	21
1.5	ADERÊNCIA DO PROJETO DE PESQUISA.....	21
1.6	RELEVÂNCIA E INEDITISMO.....	23
2	METODOLOGIA.....	24
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	24
2.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2.2.1	Importância do tema	25
2.2.2	Revisão da Literatura.....	26
2.2.3	A questão do estudo.....	26
2.2.4	Seleção da amostra	26
2.2.5	Desenho do estudo	27
2.2.6	Estratégia de condução do estudo	27
2.2.6.1	Fase 1 – Compreensão do problema e planejamento	28
2.2.6.2	Fase 2 – Pesquisa de campo para as reuniões, entrevistas e aplicação dos questionários.....	33
2.2.6.3	Fase 3 - Resultados e Discussão	36
2.2.7	Considerações Éticas	45
3	REFERENCIAL TEÓRICO	48
3.1	ERGONOMIA.....	48
3.1.1	Ergonomia física.....	48
3.1.2	Ergonomia organizacional.....	49
3.1.3	Ergonomia cognitiva.....	49
3.2	O ADOECIMENTO MENTAL NO TRABALHO.....	50
3.2.1	A síndrome de <i>burnout</i>.....	51
3.2.2	O estresse ocupacional.....	52
3.2.3	A depressão	54
3.2.4	A fadiga por compaixão	55

3.2.5	O sofrimento mental	56
3.3	O ADOECIMENTO MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM..	57
3.3.1	O adoecimento mental	57
3.3.2	O estresse no trabalho	58
3.3.3	O estigma e violência horizontal	59
3.3.4	O uso de drogas no ambiente hospitalar	61
3.3.5	O panorama da doença mental dos profissionais de enfermagem no brasil.....	61
3.4	A ERGONOMIA E A SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	63
3.4.1	Contribuições para o enfrentamento do adoecimento mental	64
3.4.2	Considerações sobre os achados na literatura	68
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1	RESULTADOS DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO (AET)	69
4.1.1	Situações identificadas na Análise da Atividade	72
4.2	A APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS DA ACT.....	75
4.3	RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> MBI E <i>SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE</i> SRQ20.....	76
4.3.1	Participantes	76
4.3.2	Resultados referentes à síndrome de burnout	77
4.3.3	Resultados referentes ao questionário SRQ 20	78
4.4	DISCUSSÃO	81
4.4.1	O porquê dos problemas do trabalho	82
4.4.2	O sofrimento com a doença das crianças	84
4.4.3	Motivos de sobrecarga do trabalho	86
4.4.4	Influência do trabalho com problemas pessoais	88
4.4.5	Problemas nas equipes	89
4.4.6	Discussão sobre os questionários da síndrome de <i>burnout</i> e <i>Self Report Questionnaire</i> 20	91
5.	PRINCIPAIS ACHADOS E PROPOSTAS ERONÔMICAS	95
5.1	Quanto à ergonomia organizacional	96
5.2	Quanto à ergonomia física	100
5.3	Quanto à ergonomia Cognitiva	101
5.4	Limitações do estudo	109

6.	CONCLUSÃO.....	111
	REFERÊNCIAS	113
	ANEXO 1.....	128
	ANEXO 2.....	133
	ANEXO 3.....	140
	ANEXO 4.....	143
	ANEXO 5.....	145
	ANEXO 6.....	146
	ANEXO 7.....	147
	ANEXO 8.....	150
	ANEXO 9.....	154

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento mental no trabalho tem sido tema de debate nas organizações governamentais e preocupação tanto para o poder público quanto privado, e esse fenômeno resulta na redução da qualidade de vida no trabalho, no adoecimento mental, nos afastamentos do trabalho e prejuízo para todos. A Organização Mundial de Saúde ao definir em 2013 os Planos de ação em saúde mental (2013-2020) destacou uma preocupação crescente em relação aos transtornos mentais (WHO, 2013).

As doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho “acarretam não somente em prejuízos para os trabalhadores, mas também custos financeiros para as organizações e para o governo” (JACINTO e TOLFO 2018, p. 119). Para as autoras, é necessária a prevenção por meio de ações que visem evitar os fatores psicossociais de risco e a promoção em saúde psíquica como aumento do controle sobre o trabalho.

Steadman e Taskila (2015 p. 53) consideram que “as doenças mentais tenham implicações consideráveis no emprego, e uma melhor compreensão dos gestores sobre os transtornos mentais, como a depressão e seus sintomas, possa fornecer um importante apoio aos profissionais”.

O ambiente hospitalar é considerado como um dos mais estressantes e Mark e Smith (2012 p. 519) observaram que “os indivíduos podem responder aos mesmos agentes estressores de maneiras diferentes”. Com isso, torna-se necessário compreender como se caracteriza o trabalho realizado nesse ambiente.

Assim, Kidd (2010 p. 30) ressalta a necessidade de investigar o trabalho dos profissionais de enfermagem, e de fato buscar evitar ou mitigar o sofrimento dos enfermeiros. O autor destaca a questão do *bulling* no trabalho que é comumente encontrado juntamente com a violência entre pares devem ser confrontados com o estímulo ao empoderamento desses profissionais.

1.1 PROBLEMA E CONTEXTO DA PEQUISA

O trabalho dos profissionais de enfermagem pode ser considerado como um dos mais afetados por estresse, violência entre pares e *bulling*, isso se dá devido aos desafios da vulnerabilidade aos riscos inerentes ao trabalho; as sobrecargas de trabalho; número insuficiente de trabalhadores para a grande quantidade de pacientes internados; remuneração

insuficiente; turnos exaustivos, entre outros (PAI, LAUTERT 2008, p.2, RIBEIRO et al., 2012).

O trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, na opinião de Golubic et al. (2009) tem sido nos últimos anos objeto de interesse, e este fenômeno pode ser observado devido ao crescente risco de estresse, esgotamento, conflito interpessoal e insatisfação no trabalho. Para Filho e Almeida (2016 p. 452)

O estresse ocupacional é um fator inerente ao desenvolvimento de agravos ou associado a patologias como infarto agudo do miocárdio, distúrbios mentais neurológicos, psiquiátricos, síndromes depressivas, síndrome do pânico, hipertensão, gastrite, doenças somáticas, síndrome de burnout, sendo esta última a mais recorrente. O estresse ocupacional ainda pode levar à dependência de álcool e outras drogas, bem como o uso constante de ansiolíticos.

Questões como conflitos interpessoais, a falta de recursos pessoal e material, às várias intercorrências inerentes ao trabalho de enfermagem somado a falta de apoio social e o convívio com o sofrimento e morte são fontes geradoras de estresse (GARCÍA-IZQUIERDO e RIOS-RÍSQUEZ 2012 P. 327).

Nesse universo se encontra a enfermagem em oncologia pediátrica que segundo Guimarães et al., (2016 p.261) atua desde o momento da notícia à família e à criança sobre a doença, inclui o acompanhamento do tratamento, o desfecho da morte e o luto da família. Os autores entendem que a formação acadêmica que habilite o profissional para tal, necessita ser revista. Os currículos nas instituições de ensino superior na área ainda não têm assegurado uma abordagem consistente sobre o tema e há escassez de pesquisas que contemplem a percepção dos profissionais quanto ao trabalho junto à criança com câncer e sua família.

Com a crescente demanda no serviço de enfermagem e em consequência a sobrecarga de trabalho e o estresse, o problema do sofrimento e conseqüentemente o adoecimento mental dos profissionais de enfermagem tende a aumentar. O lidar constantemente com pessoas com risco de morte, enfermos ou vitimados por situações traumáticas, conforme assinalam Barbosa, Souza e Moreira (2014 p. 316), “pode contagia-los pela dor e pelo sofrimento do paciente, e pode desenvolver problemas de saúde como *burnout* e estresse traumático secundário”.

Esses profissionais “tendem a manifestar alterações de humor e ansiedade, sendo que a maioria dessas manifestações recebe a classificação de depressão e ansiedade e a incidência

ocorre principalmente em jovens enfermeiros” (TOMINAGA, ASAKURA E ASAKURA 2014 p. 323).

Essas condições se agravam quando se trata de enfermagem em oncologia, onde é comum se encontrar um ambiente carregado de peculiaridades que, frequentemente, são desconhecidas pelo profissional enfermeiro que não possui formação específica na área oncológica durante sua formação (RODRIGUES e CHAVES, 2008 p.4). As situações em que ocorre o óbito com crianças ou adolescentes aparecem comumente percebidas como as mais fortes.

Todos os esforços no sentido de evitar o adoecimento do trabalhador da área da saúde são fundamentais, segundo Schmidt, Dantas e Marziale (2011 p. 488). Para eles, os “estudos que abordem o estresse ocupacional, os problemas relacionados à saúde física e mental assim como os mecanismos de enfrentamento do estresse têm contribuído para melhor compreensão da situação laboral desses profissionais”.

Experiências profissionais com situações limite, como as que lidam com o processo de vida e morte de crianças e adolescentes, podem produzir marcas no profissional de saúde, causando desgaste atribuído ao trabalho, influenciando a sua vida e as suas ações para além do universo laboral (SANTOS e MOREIRA 2014).

Além disso, a morte da criança, para Azeredo et al. (2011 p. 42), suscita nesses profissionais angústias e tristeza, pois os “coloca frente a frente com a incômoda sensação da própria finitude e para defender-se destas situações extremamente angustiantes e difíceis, os profissionais que lidam com a morte muitas vezes se isolam e se fragmentam”.

No entanto, Sveinsdóttir et al. (2006, p. 876) acreditam que “o adoecimento ocupacional é, em grande parte, determinado pelo sucesso com que cada profissional lida com os fatores relacionados ao trabalho”, em outras palavras como ele absorve os problemas do trabalho e não permite que esses venham interferir em sua vida pessoal.

É mobilizada por essas questões que esta tese se desenvolve. Procura-se compreender os processos subjetivos do profissional e da pessoa que se depara com as condições do trabalho, citando Dejours (1988, p.10), quando se refere ao adoecer mental no trabalho:

A organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patogênico. Mas, como isto tudo é um processo dinâmico, os sujeitos criam estratégias defensivas para se proteger.

No campo dos problemas, Martin e Gadbois (2004, p.522) afirmam que:

As condições de trabalho no ambiente hospitalar constituem para o ergonomista um campo de problemas particular, em virtude do caráter duplamente original do objeto das atividades que estão no centro do trabalho hospitalar: o ser humano enfermo. Cuidar da saúde é ao mesmo tempo intervir no organismo humano, objeto biológico complexo, auxiliar a uma pessoa, cujo presente, e às vezes o futuro, estão prejudicados por uma degradação do estado de saúde.

Falzon e Sauvagnac (2004, p.151), quando abordam a questão do estresse e do sofrimento mental do trabalhador, afirmam que “toda ação em matéria de condições de trabalho deve ser conduzida e controlada, sendo objetivo principal deslocar a visão do estresse na organização: de uma patologia ou sofrimento a ouvir, passar a um apelo para examinar as condições de trabalho”.

Diante dessas colocações questiona-se: o que pode estar gerando o sofrimento mental em profissionais de enfermagem de um centro de oncologia pediátrica? Quais são as estratégias adotadas para evitar o problema e quais propostas ergonômicas podem ser sugeridas?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Para explorar tal questão, se estabelece como objetivo geral deste estudo: investigar os motivos de sofrimento mental relacionados ao trabalho e as estratégias de enfrentamento adotadas por profissionais de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender a atividade dos profissionais de enfermagem do ponto de vista da ergonomia;
- b) Propor alternativas ergonômicas para enfrentar o problema do sofrimento mental.

1.3 JUSTIFICATIVAS

O presente estudo se justifica por buscar informações que possam auxiliar os gestores e profissionais de enfermagem a lidar melhor com o problema do sofrimento mental relacionado ao trabalho. Tais informações poderão fornecer conhecimentos que

proporcionarão ao profissional a possibilidade de identificar os fatores profissionais e pessoais que são risco para sua saúde mental. Por identificar as estratégias de enfrentamento adotadas e recomendar alternativas ergonômicas no sentido de atenuar a sobrecarga emocional a qual os profissionais são submetidos.

Esta pesquisa se justifica ainda por contribuir com a área da ergonomia, ao analisar o ambiente hospitalar e o trabalho de enfermeiros e técnicos, disponibilizando informações, alinhadas com os achados na literatura, ser relevante para a organização estudada, pelo fato de contribuir com a instituição para que a mesma invista em ações de prevenção e promoção da saúde mental de seus colaboradores e contribuir com pesquisas futuras.

Os resultados aqui dispostos não podem ser generalizados para outras instituições, haja vista o estudo ter sido realizado em uma única instituição e possuir especificidades que não permitem generalizações com profissionais que atuem em outras instituições sejam elas públicas ou privadas.

1.4 DELIMITAÇÕES

Depois de escolhido o tema da pesquisa foi preciso ainda afiná-lo, circunscrevê-lo. Para ajudar nesta etapa, foram estabelecidos alguns critérios para a delimitação da pesquisa.

No tocante ao critério *espacial* se definiu que a pesquisa fosse realizada no centro de hemoterapia oncologia pediátrica, localizado em um hospital público na cidade de Florianópolis – SC.

O critério de delimitação temporal ou circunstancial tem início com o levantamento do referencial teórico e uma Análise Ergonômica do Trabalho de uma enfermeira do centro supracitados realizado nos anos de 2017 e 2018. A segunda parte da pesquisa foi no ano de 2019 no período de março a agosto, por meio de uma Análise Coletiva do trabalho de toda a equipe com a coleta e análise dos dados.

Por ocasião da apresentação dos achados da pesquisa, os mesmos foram comparados e discutidos com a opinião dos autores alinhados com o tema.

1.5 ADERÊNCIA DO PROJETO DE PESQUISA

A fim de fundamentar epistemologicamente esta pesquisa que aborda o trabalhador e a saúde mental, o pesquisador buscou conceitos de autores da ergonomia que estão alinhados com o tema.

A Saúde Mental e Trabalho segundo Fernandes et. al., (2006 p.3) não é um tema novo, porém, muito atual. O tema, além de envolvente, suscita reflexões sobre as abordagens teóricas que o explicam, sendo apreendido como “um processo onde as agressões dirigidas ao aparelho psíquico, pela via laboral, são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências individuais e coletivas, na preservação da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores”.

O sofrimento mental e os elevados níveis de estresse no trabalho na opinião de De Lucca e Campos, (2010 p 15) “decorrem na maioria das vezes da falta de autonomia e do baixo controle das atividades do trabalhador, uma vez que não conseguem, muitas vezes, resolver os problemas do cliente e das cobranças da instituição”. Com isso, são incomuns oportunidades para que o trabalhador expresse suas opiniões e, quando recebem *feedback* dos gestores, de modo geral, são cobranças e o conteúdo está relacionado ao desempenho.

A noção de sofrimento é central para Dejours (2002 p 10).

Implica, antes de tudo, um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental. Aí, aparece outro conceito base na teoria de Dejours: o papel da organização do trabalho. É na organização do trabalho que devem ser procuradas estas forças. E ele esclarece que entende por organização do trabalho não só a divisão do trabalho, isto é, a divisão das tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também, e sobretudo, a divisão dos homens para garantir esta divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle. Quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patogênico.

Uma questão observada por De Marco et al., (2008 p. 179) em relação ao trabalho e a saúde mental diz respeito “à carga de trabalho e o prejuízo que o estresse ocupacional e o sofrimento psíquico podem desempenhar na eficácia dos tratamentos fornecidos aos pacientes. Estes fatores são considerados custos “não-econômicos” na avaliação de programas e tratamento”.

Moliner (2004 p. 25) afirma que o sofrimento, falta de motivação ou o esgotamento profissional (as duas vertentes do “*burnout syndrom*”) não são condições positivas:

Quando seu destino patogênico é conjurado pelo coletivo enfermeiro, a compaixão, criadora de sentido, participa da realização de si. Quais lições podem-se tirar com relação à saúde das equipes que trabalham com cuidados aos outros, depende principalmente da qualidade das arbitragens sobre as contradições da organização do trabalho. O hospital chega a inventar compromissos organizacionais suficientes para salvar sua utilidade social e seu valor civilizador: além da cura dos corpos a um menor custo, a criação de um mundo comum onde o sofrimento não foi eliminado? Das respostas que serão dadas, depende nossa saúde.

Ainda do ponto de vista da perspectiva conceitual epistemológica, segundo a ótica de Clot e Leplat (2005, p. 290), o método clínico marcou os primeiros desenvolvimentos dos estudos em ergonomia e psicologia ocupacional. “Seu objetivo é então epistêmico, porque é orientado essencialmente para a aquisição de conhecimento sobre uma situação de trabalho, sendo este entendido como o ajustamento do operador às suas condições de trabalho”.

1.6 RELEVÂNCIA E INEDITISMO

Essa pesquisa é inédita por se tratar de um estudo de caso que tem por característica a não generalização de seus resultados e a não comparação do caso com outros. Além disso, a pesquisa foi feita em um local específico, com uma amostra e condições específicas.

De acordo com Voss, Tsikrsktsis e Frohlich (2002 p. 197), é possível até utilizar diferentes estudos de caso na mesma organização para se observar diferentes questões, ou pode-se usar a pesquisa do mesmo assunto em uma variedade de contextos na mesma organização e finalmente, a pesquisa é inédita por não haver na literatura investigada outra pesquisa que se assemelhasse a que foi aqui desenvolvida.

Torna-se relevante por abordar uma questão de interesse público e privado e visa contribuir para um grupo de profissionais no sentido de melhorar suas condições de trabalho e auxiliar os gestores a solucionar o problema do sofrimento mental relacionado ao trabalho.

2 METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa trata de um estudo de caso que é caracterizado segundo Yin (2001), pelo estudo profundo e exaustivo dos fatos objetos de investigação, permitindo um amplo e pormenorizado conhecimento da realidade e dos fenômenos pesquisados. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2001 p. 33).

A pesquisa realizada por meio de estudo de caso, na opinião de Gil (2002), é uma modalidade de pesquisa “amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais, que consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados”.

Yin (2001, p.28) considera o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa que possui uma vantagem específica quando: “faz-se uma questão tipo ‘como’ ou ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle”.

A vantagem mais marcante dessa estratégia de pesquisa repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se veem concentrados no caso visado, não estando o estudo submetido às restrições ligadas à **comparação** do caso com outros casos (LAVILLE & DIONNE, 1999, p. 156).

Como esta pesquisa trata de aspectos subjetivos relacionados à saúde dos profissionais de enfermagem, o autor optou pela abordagem qualitativa. A abordagem se fundamenta no fato de que o estudo em saúde mental é amplo e contém características intrínsecas à história de vida do sujeito e à sua personalidade, e alguns itens são fundamentais para entender o processo do adoecimento mental. No entendimento de Fraser e Gondim (2004, p.141):

A abordagem qualitativa ou ideográfica parte da premissa de que a ação humana tem sempre um significado (subjetivo ou intersubjetivo) que não pode ser apreendido somente do ponto de vista quantitativo e objetivo (aqui entendido como independente do observador e do contexto da percepção). O significado subjetivo diz respeito ao que se passa na mente consciente ou inconsciente da pessoa (individualismo metodológico – o nível de análise é a pessoa) e o significado intersubjetivo se refere ao conjunto de regras e normas que favorecem o

compartilhamento de crenças por grupo de pessoas inseridas em determinado contexto sociocultural.

Trata-se, também, de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa de dados, e segundo Gil (2010, p.27), as pesquisas exploratórias têm como objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

Quanto aos fins, a presente pesquisa se caracteriza como descritiva. Goulart (2002, p.7) define que “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. De fato, o estudo irá analisar, de acordo com a percepção do servidor do setor de oncologia, quais são os principais fatores relacionados ao trabalho que podem predispor ao adoecimento mental.

Assim, para Freitas e Jabbour (2011 p. 9) quando a finalidade da investigação é descritiva ou causal, quando a finalidade é explicar ou descrever um evento ou uma situação, a abordagem adotada deve ser a qualitativa.

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia adotada para o desenvolvimento desta pesquisa conforme orienta Luna (1998, p.736), obedeceu ao critério do método científico e contemplou os seguintes pontos: importância do tema; revisão da literatura; a questão do estudo; seleção da amostra; desenho do estudo; estratégia de condução do estudo e cuidados éticos.

2.2.1 Importância do tema

O adoecimento mental de profissionais da saúde tem sido objeto de debate nas principais entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial de Saúde (WHO), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o seu enfrentamento tem sido preocupação para governantes e empresários. A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019) incentiva a abordagem do diálogo social na implementação de programas para promover a implantação de iniciativas de sucesso no local de trabalho e na comunidade, com a participação de empregadores, trabalhadores, governos, serviços públicos e ONGs.

2.2.2 Revisão da Literatura

É uma metodologia rigorosa “proposta para identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto onde as mudanças serão implementadas” (GUANILO et al., p. 1261).

Sendo assim, esta pesquisa realizou uma revisão sistemática de literatura no portal da CAPES e nas principais bases de teses e dissertações e eventos com vistas a conhecer o estado da arte referente ao tema.

2.2.3 A questão do estudo

A definição da questão de estudo se pautou no fato de haver identificado casos de sofrimento em profissionais de enfermagem de um centro de oncologia pediátrica. Tal constatação se deu depois de se realizar uma Análise Ergonômica do Trabalho (AET) de uma profissional de enfermagem com o diagnóstico de depressão e ansiedade generalizada, informado por ela e diagnosticado por seu médico.

A partir desta AET, por meio de observações no local, relatos de componentes da equipe e entrevistas com a enfermeira foi possível evidenciar que havia histórico de outros casos de depressão e ansiedade no setor. Naquela ocasião, duas outras profissionais também se encontravam vivenciando condições de sofrimento e mental atribuído ao tipo de serviço prestado.

2.2.4 Seleção da amostra

Após consultar a chefia do setor de oncologia pediátrica e aprovação do comitê de ética da Universidade e da instituição, se definiu a amostra, que foi do tipo conveniente, consistindo na utilização de todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem disponíveis no setor. Trata-se de uma equipe composta por 29 (vinte e nove) enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem que concordaram em participar da pesquisa. O perfil da amostra consiste de profissionais concursados, com no mínimo 06 (seis) meses haja vista já terem vivenciado a rotina do setor, sendo 06 (seis) enfermeiros (as) e 23 técnicos (as) com idades de 23 a 57 anos e quanto ao sexo, 90% (noventa por cento) do sexo feminino.

2.2.5 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico que, segundo Luna (1998), se caracteriza por tentar explicar uma situação ou seus processos determinativos, como: Por que ocorrem casos de sofrimento mental em profissionais de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica?

O estudo foi realizado tendo como ponto de partida os resultados da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), que serviu de motivação para a Análise Coletiva do Trabalho (ACT) da equipe de enfermagem. O resultado despertou a atenção para a necessidade de se realizar um maior aprofundamento da pesquisa.

2.2.6 Estratégia de condução do estudo

A fim de alcançar os objetivos Geral e Específico traçados e responder as questões da pesquisa, este trabalho foi desenvolvido, em linhas gerais, pelos seguintes procedimentos:

Fase 1 – Compreensão do problema e Planejamento:

- a) análise Contextual e Bibliográfica;
- b) Análise Ergonômica do Trabalho (AET);

Fase 2 – Pesquisa de campo para as reuniões, entrevistas e aplicação dos questionários:

- a) questionários de *Maslach Burnout Inventory* e SRQ 20 de sofrimento mental;
- b) Análise Coletiva do Trabalho (ACT).

Fase 3 – Resultados e Discussão:

- a) apresentação dos resultados da Análise Ergonômica do Trabalho;
- b) apresentação da Análise de conteúdo dos dados das reuniões e entrevistas obtidos na ACT;
- c) apresentação da análise dos questionários;
- d) discussão;
- e) principais achados e recomendações ergonômicas para melhoria do trabalho dos profissionais.

2.2.6.1 Fase 1 – Compreensão do problema e planejamento

a) análise Contextual e Bibliográfica

A primeira fase compreendeu em uma pesquisa bibliográfica que teve como objetivo buscar na revisão de literatura o cenário atual sobre o tema. Desenvolveu-se durante o ano de 2017, por meio de buscas na literatura internacional e nacional, nas bases de dados da *Scielo*; *Science Direct* e *Web of Science*; *PsycINFO* e *Wiley*. Utilizou-se o portal da CAPES, o navegador da *Google* com o apoio da VPN da UFSC, analisando teses, dissertações, artigos e livros que abordam o tema.

As pesquisas bibliográficas, segundo Fonseca (2002, p. 32):

São feitas a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Quanto à abordagem, se enquadra como qualitativa, pois a análise dos artigos que irão fundamentar a pesquisa foi informada pelo julgamento e interpretação do autor desta pesquisa (CRESWELL, 2010).

Para se construir o referencial teórico, fez-se necessária a formação de um portfólio bibliográfico, o pesquisador baseou-se em Ensslin et al.,(2014 p.595) e reuniu vários artigos relacionados ao tema da pesquisa, alinhados de acordo com a sua percepção e com as delimitações impostas. Inicialmente foram executadas: (a) a seleção dos artigos nas bases de dados que compõem o Banco de Artigos Bruto; (b) a filtragem dos artigos selecionados com base no alinhamento da pesquisa; e, (c) o teste de representatividade do portfólio bibliográfico. O produto final dessa etapa foi um conjunto de artigos que o pesquisador considerou relevante, alinhado com a sua pesquisa, o Portfólio Bibliográfico (PB).

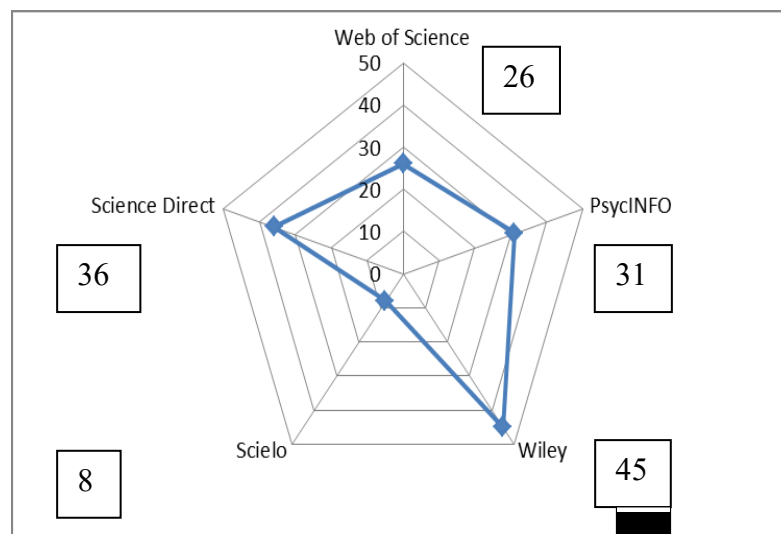
Inicialmente, procede-se a seleção do banco de dados bruto que envolve a definição dos eixos de pesquisa, das palavras-chave, das bases de dados e a busca desses artigos. Os eixos de pesquisa foram: Eixo 1 – *nurses*, o Eixo 2 – *mental illness*, Eixo - 3 *workplace* e Eixo 4 - *ergonomics*.

Quanto às bases de dados, foram selecionadas as seguintes, devido às mesmas retornarem com resultados positivos: *Scielo*; *Science Direct* e *Web of Science*; *PsycINFO* e

Wiley. Após a definição das palavras-chave e das bases, foi realizada, nos dias 11 a 18 de novembro de 2017, busca dos artigos nessas bases com delimitação temporal entre os anos de 2000 a 2017. A busca da Base de dados se deu a partir do ano de 2000, haja vista cobrir as publicações deste século, A busca inicial resultou em um total de 146 publicações distribuídas entre as bases de dados.

Para acessar os artigos das bases de dados, foi necessário inicialmente uma busca no Portal da Capes por meio da VPN da UFSC, o primeiro passo foi clicar no *link* “busca base” e inserir a base pretendida. Por exemplo, inserir a base da *Wiley* e dar *enter*; ao aparecer o *link Wiley Online Library* clicar no link. Na próxima página, nas caixas que surgirem foram inseridas as palavras chave, depois de preenchido os campos das datas de publicação, clicou-se em *Search* e a página seguinte apresentou os artigos que se identificaram com a busca. Finalmente, foi feita uma leitura dos títulos, *abstracts* e aqueles que estavam alinhados parcialmente com o tema, fizeram parte da busca inicial conforme mostra a figura 1.

Figura 1 - Processo de coleta de dados



Fonte: Dados da pesquisa

Depois de reunido o portfólio bruto, testou-se a aderência das palavras-chave. Para isso, foram escolhidos cinco artigos aleatoriamente, com o objetivo de identificar ou não a necessidade de se incluir novas palavras-chave. Para este estudo, na execução dos procedimentos, concluiu-se que não seria possível a inclusão de novas palavras-chave, pois a cada nova palavra incluída menor o número de artigos que resultava da pesquisa.

O próximo passo, a de filtragem do banco de dados, composta pela eliminação dos artigos repetidos; verificação do alinhamento do título; verificação do alinhamento quanto ao

reconhecimento científico; verificação do alinhamento do resumo; verificação da disponibilidade do artigo na íntegra; e verificação do alinhamento integral dos artigos.

Nesse sentido, 146 artigos foram exportados para um arquivo compatível com o *software* de gerenciamento bibliográfico *Mendeley* onde se verificou que 26 eram repetidos, ou não eram artigos científicos, sendo excluídos. Assim, o processo prosseguiu com 120 artigos. Analisou-se o alinhamento dos títulos dos artigos, e destes, 28 artigos estavam com o título alinhado ao propósito da investigação.

Após verificar o alinhamento dos títulos, analisou-se o reconhecimento científico dos artigos com base nas suas citações, consultando no *Google Scholar*. Definiram-se como representativos todos os artigos devido à relevância e escassez dos mesmos, o que resultou em 28 artigos. Dos 28 artigos, foi possível verificar o alinhamento dos resumos, sendo que todos estavam alinhados.

A seguir foi feita a verificação da disponibilidade do artigo na íntegra e verificação do alinhamento integral dos artigos confirmando o alinhamento acima observado e finalmente, conclui-se a Seleção do conjunto inicial do Portfólio Bibliográfico sem a análise das referências.

Finalmente, para a conclusão do processo de composição do Portfólio Bibliográfico foi realizada uma análise das referências bibliográficas citadas pelos 28 artigos do Portfólio Bibliográfico. Este processo foi realizado de 12 a 18 de dezembro de 2017 e recebeu tratamento similar ao realizado anteriormente.

Deste modo, após uma busca pelas referências utilizadas nos 28 artigos do Portfólio Bibliográfico, foi encontrado um total de 869 referências brutas. Deste total de referências foi estabelecido o seguinte parâmetro delimitador: i) obras aderentes ao propósito desta pesquisa; ii) publicadas no mesmo período temporal da seleção inicial do portfólio bibliográfico, ou seja, entre os anos de 2000 e 2017; iii) referências não duplicadas; e iv) referências de artigos científicos classificadas pelas bases de dados como “*Journal Article*”.

Destas referências, após um processo de verificação de novos artigos que se encaixavam com o tema, foram identificadas 356 referências enquadradas nas condições de duplicidade, com data de publicação inferior a 2000, publicações em conferências, livros, capítulos de livros, patentes, séries, entre outras. O que resultou em um total de 513 referências limpas, ou seja, relativas apenas a artigos científicos, sem outros tipos de referências.

Após o exame das 513 referências limpas foram encontrados 45 artigos com potencial para incorporação ao conjunto de artigos primários do portfólio bibliográfico, pois eram

relacionados à temática e publicados em periódicos científicos a partir do ano de 2000. Por intermédio de um procedimento similar ao desenvolvido anteriormente, ou seja, o “teste de reconhecimento científico dos artigos” foi identificado à quantidade de citações de cada artigo, contudo todos os artigos foram selecionados como representativos devido à sua relevância, sendo selecionados 15 artigos como candidatos para composição do portfólio bibliográfico. Após a leitura completa desses artigos, foi constatado que apenas 10 estavam alinhados e os outros cinco foram descartados.

Desta forma, conclui-se a Seleção do Portfólio Bibliográfico, somando-se os 28 artigos iniciais com os 10 artigos das referências bibliográficas, somando 38 artigos que representam o fragmento de literatura referente aos principais fatores desencadeantes de doenças no trabalho de enfermagem, conforme o quadro 1 do anexo 2. Representando a literatura nacional, uma nova revisão de literatura também foi feita com a finalidade de poder comparar os resultados dos pesquisadores do Brasil com os internacionais.

Inicialmente, procedeu-se a seleção do banco de dados bruto que envolve a definição dos eixos de pesquisa, das palavras-chave, das bases de dados e a busca desses artigos. Os eixos de pesquisa foram: Eixo 1 – enfermeiras, o Eixo 2 – adoecimento mental e Eixo 3 - local de trabalho.

Quanto às bases de dados, foram selecionadas as seguintes, devido às mesmas retornarem com resultados positivos: *Scielo e Google Acadêmico*. Após a definição das palavras-chave e das bases foi realizada, nos dias 11 a 28 de novembro de 2017, busca dos artigos nessas bases com delimitação temporal entre os anos de 2000 a 2017. A busca da Base de dados se deu a partir do ano de 2000, com a finalidade de cobrir as publicações deste século. A busca inicial resultou em um total de 46 publicações.

Nesse sentido, 46 (quarenta e seis) artigos foram analisados para verificar se havia alinhamento dos títulos e resumos. Após este procedimento, foi possível selecionar 17 (dezessete) artigos alinhados com o tema.

O próximo passo é a verificação da disponibilidade do artigo na íntegra e verificação do alinhamento integral dos artigos confirmando o alinhamento e finalmente, conclui-se a Seleção do conjunto do Portfólio Bibliográfico com 17 (dezessete) artigos nacionais conforme o quadro 2 no Anexo 3.

Ainda, com a finalidade de contemplar as pesquisas dos cursos de pós-graduação, foram realizadas buscas durante a fase de revisão de literatura na base da CAPES e PROQUEST e nos bancos de teses e dissertações da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ),

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade Federal da Bahia (UFBA) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Pernambuco (UFP).

Depois de selecionar 33 (trinta e três) publicações dentre teses e dissertações e verificar a aderência das pesquisas com o tema desenvolvido, foi possível selecionar 11 (onze) que estavam alinhadas com o tema sofrimento e adoecimento mental de profissionais de enfermagem em decorrência do trabalho, inclusive duas dessas originárias de Portugal conforme consta quadro 3 do anexo 4.

b) Análise Ergonômica do Trabalho (AET)

A Análise Ergonômica do Trabalho teve por objetivo analisar o trabalho de uma profissional de enfermagem que teve contato com o pesquisador e alegou estar passando por um momento de sofrimento mental em decorrência do trabalho com crianças com câncer. Com isso, foi possível definir os procedimentos e ferramentas de levantamento de dados.

A análise visou identificar os significados do trabalho para a profissional, as suas peculiaridades, a forma com que ela o realiza, a influência que a atividade exerce sobre a sua saúde mental, os dados pessoais, tais como: idade, estado civil, dedicação exclusiva ou não ao trabalho, ter ou não filhos, tempo de formação e regime de trabalho.

Para desenvolver esta análise, foram realizadas três visitas no setor de oncologia de aproximadamente duas horas, utilizando-se de entrevistas com a enfermeira e as técnicas que se encontravam de plantão. As entrevistas foram do tipo abertas e gravadas em um *tablet* e transcritas. Algumas atividades comuns ao setor foram filmadas e analisadas posteriormente.

Nas entrevistas foram levantadas questões sobre os principais fatores que pudessem colocar em risco a integridade física e mental dos enfermeiros no exercício do trabalho, tais como fatores estressantes do local, relacionamento interpessoal das equipes, fatores psicossociais e organizacionais.

Foi estabelecido que os fatores elencados pela enfermeira fossem avaliados de 0 a 100% quanto a influencia sobre a qualidade do plantão: Participação da equipe nas tarefas 80%, Passagem de plantão 70%, Ruídos com a bomba infusora 70%, Problemas na relação com o paciente e família 50% e A busca de acesso e a ministração de medicamentos 30%.

Todas as fases da Análise Ergonômica do Trabalho foram cumpridas e se consistiram em: (i) análise da demanda; (ii) análise da tarefa; (iii) análise da atividade e (iv) diagnóstico e as recomendações.

2.2.6.2 Fase 2 – Pesquisa de campo para as reuniões, entrevistas e aplicação dos questionários.

Visando a busca dos dados em campo, este trabalho se desenvolveu, em linhas gerais, pelos seguintes procedimentos:

a) *A Análise Coletiva do Trabalho*

A metodologia da Análise Coletiva do Trabalho (ACT), conforme preconiza Ferreira (1993), serve como instrumento para aproximar o pesquisador do ponto de vista dos trabalhadores sobre os problemas que os afligem na atividade laboral, a partir da representação que eles têm do próprio trabalho, servindo de base para o entendimento ergonômico da realidade por eles vivida.

Ainda durante a fase de compreensão do problema e planejamento, foi realizada a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). O pesquisador buscou identificar os principais fatores que pudessem colocar em risco a integridade física e mental de uma profissional no exercício do trabalho. Na Análise Coletiva do Trabalho (ACT), que se baseou na AET, foi possível verificar que havia outros casos de sofrimento e adoecimento mental no setor, no entanto dela “se diferenciou na medida em que se propôs que a análise fosse feita pelos profissionais, desta vez foram os profissionais que analisaram seu próprio trabalho, auxiliados pelo pesquisador” (LEDA 1996, p.8).

A Análise Coletiva do Trabalho, para Ferreira (2015 p.126), “é um método de análise do trabalho (nesta análise também aparecem os sentimentos mobilizados pelo trabalho)”, e sua diferença em relação a outros métodos de análise do trabalho é que:

Quem analisa o trabalho são os próprios trabalhadores e o fazem em um ambiente de grupo (daí o nome de análise coletiva), guiados por uma questão condutora que é “o que você faz no seu trabalho?” Note-se que a questão não é o que você sente no seu trabalho, nem do que você gosta ou desgosta no trabalho, muito menos o que o trabalho provoca em você (embora estas questões também apareçam na Análise Coletiva do Trabalho).

Procedimentos que foram adotados nas reuniões e entrevista:

1. O trabalho foi com grupos de indivíduos e não com indivíduos isolados;
2. Todos os participantes são voluntários;

3. As reuniões e entrevistas foram feitas no local de trabalho, a fim de evitar o prejuízo do tempo de descanso dos profissionais e por condições impostas pela instituição;
4. O objetivo dos trabalhadores é explicar ao pesquisador o que fazem no trabalho. A pergunta condutora é, pois, “como é o seu dia de trabalho?”;
5. O anonimato dos trabalhadores é garantido, para efeito de eventual divulgação dos resultados do trabalho.

Por ocasião da Análise Coletiva do Trabalho (ACT) foram realizadas 04 (quatro) reuniões e 20 (vinte) entrevistas. As reuniões duraram em torno de 20 a 40 minutos e as entrevistas duraram de 6 (seis) a 14 (catorze) minutos, foram individualizadas e na modalidade presencial. As conversas foram gravadas com o uso de um aparelho *tablet* e, posteriormente, transcritas para uma planilha de *Excel*. A análise do conteúdo foi realizada com base no material gerado e seguiu a metodologia de Bardin (2009).

Inicialmente houve uma apresentação geral com uma breve explanação sobre a atividade de cada uma, uma pessoa explicou em detalhes o que ela fazia, algumas questões foram levantadas e as demais contribuíram argumentando ou contra argumentando sobre as questões debatidas.

Nas reuniões e entrevistas, inicialmente, se falou com mais detalhes sobre a demanda observada.

1. Houve uma explicação inicial clara, por parte do pesquisador, sobre o objetivo do trabalho. Tratou-se de conhecer a atividade. Posteriormente, alguns assuntos foram desenvolvidos;
2. O pesquisador perguntou minúcias sobre a atividade e situações psicossociais, até conseguir entendê-las;
3. As questões levantadas a fim de conduzir as reuniões e entrevistas foram: i) você tem ou já teve sofrimento mental em decorrência do trabalho de enfermagem? ii) como você administra a sobrecarga emocional advinda do trabalho com enfermagem? iii) isso lhe traz consequências para a saúde? iv) quais os fatores que mais lhe incomodam durante os plantões? v) você tem ou já teve problemas familiares ocasionados por problemas no trabalho? vi) existem fatores pessoais que podem influenciar negativamente sua motivação para o serviço? Quais? vii) quais conselhos você daria a alguém novo no serviço para não se abater diante da sobrecarga emocional do trabalho?
4. Finalmente, foi possível identificar os pontos que se destacaram e discuti-los.

- b) *Aplicação dos questionários de Maslach Burnout Inventory (M.B.I) e SRQ 20 de sofrimento mental;*

Questionário Maslach Burnout Inventory disponível no Anexo 5:

De acordo com Maslach e Jackson (1981 p.1), o *burnout* é visto como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho.

Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de estresse situacional crônico. Instala-se a partir de vivências de estresse no trabalho, quando o indivíduo se confronta com o desfasamento entre as expectativas e as motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para satisfazê-las (Maslach, 2003).

O Maslach Burnout Inventory (MBI), conforme observaram Lima et al., (2009), foi o primeiro instrumento a ser criado visando avaliar a incidência da síndrome de burnout. Elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, tem sido um instrumento amplamente utilizado nas avaliações de trabalhadores dos recursos humanos, profissionais de saúde, professores, empresas, albergues e hospedarias, para pessoas sem abrigo, estudantes de mestrado e doutorado, advogados, telemarketing com a finalidade de avaliar como os profissionais vivenciam seus trabalhos (FONTE, 2011 p.32).

Foi primeiramente aplicado em enfermeiros, já que esses profissionais estavam incluídos no rol de profissões de natureza assistencial, que Maslach e Jackson consideravam os mais predispostos à síndrome (LIMA, et al., 2009). A versão do questionário elaborada por Jbeili para Identificação Preliminar da Burnout constante do Anexo 5 tem o objetivo de identificar preliminarmente o Burnout e não substitui o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta. Cada uma das 20 (vinte) questões apresenta resposta em escala de frequência de cinco pontos que vai de um (nunca) até cinco (diariamente) (SOUZA, et al 2012).

Desta forma, a utilização deste questionário teve por objetivo identificar os níveis de burnout dos enfermeiros, que para Fonte (2011, p. 81) contribuiu para uma melhor compreensão de como alguns aspectos como: esgotamento emocional, despersonalização, reduzida realização profissional se manifestam, “motivo pelo qual deve ser proposto como um instrumento de medição do burnout nos profissionais de enfermagem”, contribuindo também para uma melhor compreensão da manifestação desta síndrome na equipe, bem como na criação de estratégias para a sua prevenção.

Self Reporting Questionnaire (SRQ 20) disponível no Anexo 6:

Foi aplicado juntamente com o Maslach Burnout Inventory (MBI) obedecendo aos mesmos critérios acima relatados. É um instrumento constituído por 20 (vinte) itens, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a triagem da presença de transtorno mental em pacientes em contato com os serviços de atenção primária à saúde.

O SRQ originalmente contém 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool (OMS).

O SRQ 20 tornou-se um instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos transtornos mentais comuns; na versão brasileira foram retiradas as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos mantendo-se a versão com vinte itens (MARY e WILLIAMS, 1986). O questionário é composto de 20 questões do tipo sim/não, das quais quatro são sobre sintomas físicos, e 16, sobre distúrbios psicoemocionais (MARI, 1987).

Diante das diversas informações que um ambiente de trabalho possa oferecer, torna-se necessário um instrumento capaz de identificar conteúdos que não são filtrados, como o excesso de demandas com as quais os trabalhadores têm de lidar gerando distúrbios caracterizados por sinais e sintomas, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (MARI, 1987).

Nesse sentido, o SRQ20 foi adotado como ferramenta para identificar os índices de sofrimento mental dos profissionais de enfermagem. Segundo Guirado e Pereira (2016 p. 97), suas pesquisas apontam para um desempenho aceitável do SRQ-20 em avaliar os transtornos mentais comuns (TMC), ao destacar que, “apesar da natureza múltipla dos transtornos emocionais, o instrumento demonstrou habilidade em identificar fatores que em conjunto denotam características indispensáveis para o rastreamento da saúde mental em âmbito ocupacional”.

2.2.6.3 - Fase 3 - Resultados e Discussão

a) Apresentação dos resultados da Análise Ergonômica do Trabalho;

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) foi realizada na Fase – 1, ou seja, no período de planejamento e serviu de motivação para definição do tema e direcionamento da

pesquisa. Desta forma, depois de levantar os índices de absenteísmos do setor que são apresentados no Quadro 1 (Pag. 66) e da existência de pelo menos um caso de sofrimento mental, foi possível definir a demanda, A seguir foram realizadas 03 (três) visitas ao Centro de Hemoterapia Pediátrica, onde foi possível realizar entrevistas com o sujeito da pesquisa e com algumas colegas de trabalho, observando os fatores físicos, ambientais e cognitivos.

Após esses procedimentos, foram reunidos os dados e interpretados obtendo-se uma caracterização da situação que permitiu a escolha das ferramentas para o tratamento dos dados.

b) Apresentação da Análise de Conteúdo dos dados das reuniões e entrevistas obtidos na ACT;

Depois de realizadas as reuniões e entrevistas constantes da Análise Coletiva do Trabalho e de posse das gravações e anotações, foram procedidas às transcrições para uma planilha eletrônica *excell* e adotou-se como ferramenta para tratamento dos dados a Análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

Câmara (2013) afirma que, para a investigação dos dados qualitativos, existem algumas técnicas singulares, fundamentadas em correntes, abordagens e pensamentos diversos, e diante desse contexto, esta pesquisa propõe utilizar esta técnica para a interpretação de dados oriundos de pesquisas qualitativas.

Assim, como ferramenta para apresentar a análise dos dados da ACT ficou definida a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Desta forma o conteúdo foi analisado conforme assinalam Silva e Fossá (2015 p.2) “com uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas reuniões e entrevistas ou observado pelo pesquisador”. E que, “na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos”.

Destaca-se, que ao longo dos anos, a técnica sofreu reformulações desde os primeiros preceitos até os dias atuais.

Atualmente, pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não-verbais). Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Com uma análise mais contemporânea, influenciada pelo uso do computador e alguns softwares, auxiliam consideravelmente nos processos e na organização do material e codificação dos dados (SILVA, FOSSA 2015 p.3).

As etapas da Análise de conteúdo se organizaram em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

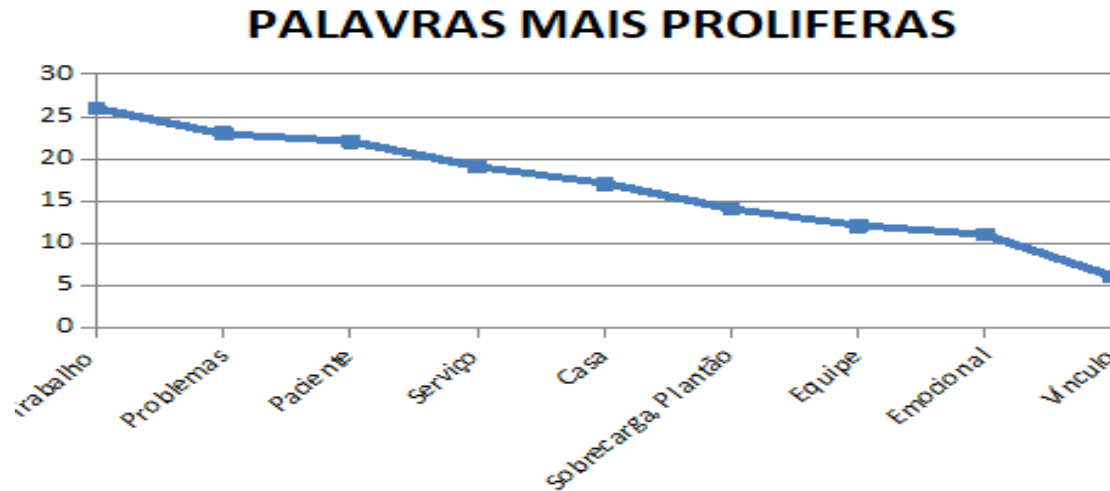
A primeira fase, pré-análise, buscou sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreendeu a leitura geral do material selecionado para a análise, no caso da análise das reuniões e entrevistas, estas já estavam transcritas e assim “efetuou-se a organização do material investigado, sendo que tal sistematização serviu para que o analista pudesse conduzir as operações sucessivas de análise” (SILVA, FOSSA 2015 p.3).

Concluída a primeira fase, partiu-se para a exploração do material, que constitui a segunda fase. Nesta fase ocorre a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (BARDIN, 1977).

Procede-se a transformação do conteúdo subscrito, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Assim, utilizando-se da tecnologia da computação, se usou o aplicativo *Wordl* onde foram inseridas todas as palavras colhidas por ocasião das reuniões e entrevistas, a fim de criar automaticamente as primeiras categorias.

Depois de transferidas as palavras para o aplicativo *Wordl*, se construiu uma nuvem de palavras conforme a figura 2. Uma nuvem de palavras é um recurso gráfico (usado principalmente na internet) para descrever os termos mais frequentes de um determinado texto. O tamanho da fonte em que a palavra é apresentada é uma função da frequência da palavra no texto: palavras mais frequentes são desenhadas em fontes de tamanho maior, palavras menos frequentes são desenhadas em fontes de tamanho menor (UFF, 2017).

Gráfico 1 - Categorias de palavras mais prolíferas das entrevistas



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 1 apresenta as palavras que obtiveram maior destaque na contagem de palavras. Esse procedimento auxiliou na construção das Categorias que darão seguimento ao processo de Análise do conteúdo. Como se podem observar as palavras **Problemas e Trabalho** obtiveram juntas 49 repetições, permitindo ao pesquisador poder definir o primeiro tema a ser analisado. Outro recurso utilizado com o mesmo fim foi à criação da “Nuvem de Palavras” que também auxiliou o pesquisador a definir qual o caminho.

A próxima fase da análise consistiu do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, buscou captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado nas reuniões, entrevistas, documentos e observação. “A análise comparativa é realizada por meio da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes” (BARDIN, 1977, p. 103).

Desta forma, depois de analisar as entrevistas e as falas nas reuniões, foi possível destacar as frases que se encaixavam com as categorias definidas, então foi possível construir o quadro 3 com as categorias das reuniões e entrevistas:

Quadro 4 Categorias das reuniões e entrevistas

TIPOLOGIA	VERBALIZAÇÕES	FREQUÊNCIA	%
Problemas	”[...] Dá vontade de tirar o couro de alguém, quando não estou bem, converso menos, fico irritada...”; “[...] No começo era pior, eu ia pra casa chorando...”; “[...] A sobrecarga emocional tem me afetado bastante...”; “[...] O que mais me abala é o paciente grave ou indo a óbito...”; “[...] Aqui o emocional fica abalado...”; “[...] Por eu ser ansiosa eu tenho insônia...”; “[...] Depois que eu entrei no setor eu comeci a perder	E1, E2, E3, E4,	

<p>no Trabalho</p>	<p>peso, acho que deve ser pela pressão...”[...] Quando eu chego aqui, já chego esgotada...”[...] Vou pra casa mal e quando chego no trabalho sei que irei ter um dia difícil...”[...] Quando eu entrei eu já fui pegando um óbito de cara...”[...] No início eu fiz isso mas vi que o meu estresse aumentou, ficava mais irritada...”[...] As mortes são motivo de maior sofrimento de minha parte...”[...] No dia a dia, o cansaço mental extrapola o físico, quando a gente sai daqui sai carregada...”[...] A espera da morte é o principal fator debilitante do setor...”[...] O lidar com paciente grave é muito complicado, o profissional aqui tem que ter prazo de validade...”[...] Tem casos que a criança vai pra casa e quando retorna, não tem mais jeito.</p>	<p>E5, E6, E7, E9, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20</p>	<p>80</p>
<p>Misturar trabalho e problemas pessoais</p>	<p>“[...] A pessoa que mais observa é meu marido, ele geralmente observa que eu não tô bem...”[...] Acabo levando muita coisa pra casa sem saber...”[...] Separar as coisas e evitar vínculo, tentar sobreviver...”[...] Não se colocar no lugar da família...”[...] Separar profissional do pessoal...”[...] Não tenho ansiedade mas a rotina do trabalho fica na cabeça. Processando a rotina do setor...”[...] O trabalho influencia minha vida pessoal eu não consigo esquecer...”[...] Eu não consigo administrar acaba gerando dores e eu acabo dividindo com a família...”[...] O trabalho influencia sim, as vezes a gente sai daqui triste, chateado e leva tudo pra casa...”[...] Vivemos sob pressão o tempo todo...”[...] Na maioria das vezes eu chego em casa e fico revivendo o plantão, mapeando o que ocorreu, o que fiz deu certo ou não...”[...] As vezes estou tão cansada que desconto com minha família, não tenho paciência para diálogo...”[...] Por mais que a gente tente, não tem como não levar problemas pra casa...”[...] quando a criança morre a gente desaba junto com a família.</p>	<p>E1, E2, E3, E4, E5, E7, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20</p>	<p>75</p>
<p>Sofrimento com a doença das crianças</p>	<p>“[...] O trabalho é muito pesado, é muita medicação, durante os plantões é muito difícil trabalhar...”[...] As tarefas das unidades me incomoda e a impressão que eu fico é que fica sempre com os mesmos...”[...] É um tipo de paciente que fica grave muito rápido, então isso sobrecarrega muito a gente...”[...] Tú fica pensando, comparando as crianças com os filhos também. Tem o antes e o pós né?...”[...] Paciente grave na unidade ou o paciente indo a óbito, o plantão pra mim fica ruim...”[...] Sente dó e fica triste pelas mães...”[...] As vezes você se põe no lugar e sofre. Geralmente “as crianças não tem uma consciência do que está acontecendo, muitas vezes são os pais...”[...] quando um paciente que você tem maior apego morre, aí nesse dia você fica pra baixo e precisa de ajuda...”[...] Quando a criança é diagnosticada isso mexe muito comigo. O desespero das mães e a gente não tem como ajudar...”[...] O que mais abate é o sentimento de perda da família, a luta que eles passaram, a busca pelo milagre...”[...] Chego a demorar a dormir quando uma criança morre...”[...] As mortes são motivo de maior sofrimento de minha parte...”[...] Saber separar as coisas, não se envolver pessoalmente com a criança e familiares...”[...] O maior problema da oncologia é que você tem que interagir com a criança com câncer, a família e com a equipe...”[...] Quando tem criança grave no setor, e você fica e agora? Você fica num trabalho mental constante, ou a criança está cobrando algo ou os pais ou o setor...”[...] O lidar com paciente grave é muito complicado...”[...] Tem casos que a criança vai pra casa e quando retorna, não tem mais jeito. Acompanhamos a criança desde pequenininha até a morte..</p>	<p>E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20.</p>	<p>85</p>
<p>Sobrecarga com a equipe</p>	<p>“[...] a sobrecarga do serviço, os pacientes são pacientes muito pesados...”[...] Não ter a colaboração total dos colegas...”[...] A unidade já é pesada em si e algumas pessoas são mais pesadas do que o plantão...”[...] E a negatividade da pessoa e mais o setor que já é pesado, meu Deus né, aí fica mais pesado ainda...”[...] E quando tem algum colega que as vezes não colabora, reclama demais, deixa o plantão mais pra baixo assim...”[...] A rotina do trabalho fica na cabeça, processa tanto que você tenta arranjar uma válvula de escape para tentar sair dessa situação...”[...] Quando eu chego aqui, já chego esgotada, vou tomar um banho e penso que será a última vez que irei dobrar plantão, pois é muito fatigante...”[...] A enfermagem tem um coisa muito estranha, ela rotula as pessoas, há comentários, o grande problema do rótulo é que causa conflitos...”[...] Problemas com alguns membros das equipes abalam minha saúde física, me deixa com dores...”[...] Um fator que causa estresse é quando algum familiar questiona sobre a medicação que estamos usando...”[...] A sobrecarga física e principalmente mental tornando o trabalho ser sob pressão o tempo todo...”[...] Quando a gente sai daqui sai carregada, fica pensando algumas coisas que aconteceram no plantão...”[...] Num plantão sempre tem três, quatro crianças fazendo quimioterapia ao mesmo tempo...”[...] A unidade tem muitos riscos e você fica tenso com isso...”[...] Você fica num trabalho mental constante.</p>	<p>E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19.</p>	<p>75</p>

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro 4 permitiu analisar como os profissionais se comportam diante das circunstâncias do dia a dia do trabalho com a enfermagem. Os aspectos com maior destaque foram os **problemas no trabalho** com 80%, **Sofrimento com a doença das crianças** com 85%, Misturar **trabalho e problemas pessoais** e as **sobrecargas com a equipe** com 75% de aderência. Esses dados sugerem que na opinião dos respondentes há realmente uma sobrecarga no trabalho, e que essa sobrecarga pode ser atribuída também ao lidar com o sofrimento vivido pelos pacientes e familiares.

O passo seguinte foi verificar se havia ou não correlação entre as categorias problemas no trabalho e sofrimento com a doença das crianças e problemas no trabalho com a sobrecarga com a equipe de plantão e criar duas novas categorias.

Quadro 5 - Categorias de problemas no trabalho relacionados ao sofrimento com a doença das crianças e a sobrecarga com a equipe de plantão

TIPOLOGIA	VERBALIZAÇÕES	FREQUÊNCIA	%
Confirmam problemas no trabalho com o sofrimento com a doença das crianças	<p>”[...] O trabalho é muito pesado, é muita medicação, durante os plantões é muito difícil trabalhar...”; “[...] No começo era pior, eu ia pra casa chorando...”; “[...] A sobrecarga emocional tem me afetado bastante...”; “[...] O que mais me abala é o paciente grave ou indo a óbito...”; “[...] Aqui o emocional fica abalado...”; “[...] Sente dó e fica triste pelas mães...”; “[...] As vezes você se põe no lugar e sofre. Geralmente “as crianças não tem uma consciência do que está acontecendo, muitas vezes são os pais...”; “[...] Quando eu chego aqui, já chego esgotada...”; “[...] Vou pra casa mal e quando chego no trabalho sei que irei ter um dia difícil...”; “[...] Quando eu entrei eu já fui pegando um óbito de cara...”; “[...] No início eu fiz isso mas vi que o meu estresse aumentou, ficava mais irritada...”; “[...] As mortes são motivo de maior sofrimento de minha parte...”; “[...] No dia a dia, o cansaço mental extrapola o físico, quando a gente sai daqui sai carregada...”; “[...] <u>A espera da morte é o principal fator debilitante do setor...</u>”; “[...] O lidar com paciente grave é muito complicado, o profissional aqui tem que ter prazo de validade...”; “[...] Tem casos que a criança vai pra casa e quando retorna, não tem mais jeito.</p>	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20	80
Atribui os problemas no	<p>“[...] a sobrecarga do serviço, os pacientes são pacientes muito pesados...”; “[...] Não ter a colaboração total dos colegas...”; “[...] A unidade já é pesada em si e algumas pessoas são mais pesadas do que o plantão...”; “[...] E a negatividade da pessoa e mais o setor que já é pesado, meu Deu né, aí fica mais pesado ainda...”; “[...] E quando tem algum colega que as vezes não colabora, reclama demais, deixa o plantão mais pra baixo assim...”; “[...] Quando eu chego aqui, já chego esgotada, vou tomar um banho e penso que será a última vez que irei dobrar plantão, pois é muito</p>	E1, E2, E3, E4,	

trabalho com a sobrecarga com a equipe de plantão	fatigante...”; “[...] A enfermagem tem um coisa muito estranha, ela rotula as pessoas, há comentários, o grande problema do rótulo é que causa conflitos...”; “[...] Problemas com alguns membros das equipes abalam minha saúde física, me deixa com dores...”; “[...] A sobrecarga física e principalmente mental tornando o trabalho ser sob pressão o tempo todo...”; “[...] Quando a gente sai daqui sai carregada, fica pensando algumas coisas que aconteceram no plantão...”; “[...] Num plantão sempre tem três, quatro crianças fazendo quimioterapia ao mesmo tempo...”; “[...] A unidade tem muitos riscos e você fica tenso com isso...”; “[...] Você fica num trabalho mental constante	E5, E9, E10, E13, E15, E16, E17, E18, E19.	65
--	---	--	-----------

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados acima mostram que os problemas da execução do trabalho com o sofrimento com a doença das crianças (80%) e o percentual dos problemas da execução do trabalho com a equipe de plantão foi de 65%.

O quadro 6 abaixo demonstra se houve ou não correlação entre as categorias que misturam problemas no trabalho com problemas pessoais, gerando assim uma nova categoria de profissionais que sofrem com a sobrecarga emocional relacionada com o paciente e com problemas que envolvem a família.

Quadro 6 - Categorias de sobrecarga emocional relacionada com o paciente e problemas com a família

TIPOLOGIA	VERBALIZAÇÕES	FREQUÊNCIA	%
Confirmam influenciar problemas do trabalho com problemas pessoais	“[...] A pessoa que mais observa é meu marido, ele geralmente observa que eu não tô bem...”; “[...] No começo eu ia pra casa chorando...”; “[...] Acabo levando muita coisa pra casa sem saber...”; “[...] Separar as coisas e evitar vínculo, tentar sobreviver...”; “[...] Não se colocar no lugar da família...”; “[...] Separar profissional do pessoal...”; “[...] Quando chego em casa não sinto fome, pois fico processando os problemas do trabalho...”; “[...] O trabalho influencia minha vida pessoal eu não consigo esquecer...”; “[...] Eu não consigo administrar acaba gerando dores e eu acabo dividindo com a família...”; “[...] O trabalho influencia sim, as vezes a gente sai daqui triste, chateado e leva tudo pra casa...”; “[...] Vivemos sob pressão o tempo todo...”; “[...] Na maioria das vezes eu chego em casa e fico revivendo o plantão, mapeando o que ocorreu, o que fiz de certo ou não...”; “[...] As vezes estou tão cansada que desconto com minha família, não tenho paciência para diálogo...”; “[...] Por mais que a gente tente, não tem como não levar problemas pra casa...”; “[...] quando a criança morre a gente desaba junto com a família.	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20	75
Afirmam que não sofrem pelos problemas do trabalho	“[...] Nunca tive problemas. Eu sei separar as coisa...”; “[...] Já tive problemas de saúde mental mas não foi por motivo de trabalho, foram questões particulares...”; “[...] Tenho ansiedade, fadiga crônica. A rotina do trabalho é tranquila quando você se organiza...”; “[...] Alguns problemas do setor são peculiares e eu não posso ver como estresse, mas como um desafio a ser superado pois faz parte do serviço de enfermagem.	E8, E10, E11, E17	20

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro 6 confirma que 75% dos entrevistados misturam problemas do trabalho com problemas pessoais e que 20% dos respondentes afirmam que não sofrem pelos problemas do trabalho com oncologia pediátrica. Assim, foram definidas as categorias que serão apresentadas nos resultados.

c) *Apresentação da análise dos questionários*

Após a aplicação dos questionários *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20) e *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I) nos (as) enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem do setor de oncologia, foi possível tabulá-los em um software e realizar uma análise estatística dos dados que são apresentados no item 4.3 4.3 resultados dos questionários *Maslach Burnout Inventory* MBI E *Self-Reporting Questionnaire* SRQ 20, destacando os aspectos que estão associados ao processo de adoecimento mental desses profissionais.

A estatística é um campo do saber que ainda gera certa resistência no interior das Ciências Sociais, como destaca Meirelles (2012 p. 1). Para ele, a técnica:

É usada entre os sociólogos e os cientistas políticos para realização de análises e inferências quando se utilizam bases de dados que envolvem um grande número de casos, como quando, por exemplo, das análises que envolvem dados censitários, pesquisas de opinião e/ou preferência eleitoral. Neste sentido, enquanto ferramenta para análise da realidade social, a estatística pode ser de extrema valia para todos aqueles que se ocupam com o estudo da sociedade em suas múltiplas dimensões.

Neste estudo foi utilizado um software de análise estatística *IBM SPSS Statistics Base* que fornece os principais recursos necessários para conduzir o processo analítico do início ao fim.

O *IBM SPSS Statistics*, segundo Pilati e Porto (2008 p.2), é um programa que oferece vantagens aos pesquisadores em ciências sociais, como menus de fácil utilização e a “abolição do uso de linguagem de programação ou de conhecimento sofisticado de matemática para a realização das análises estatísticas”. E ainda que, “o programa oferece uma ampla variedade de módulos, que permitem um grande número de análises estatísticas multivariadas”.

Foi realizada uma análise estatística descritiva dos questionários burnout *Maslach Inventory* (MBI) e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20), com a finalidade de identificar os principais índices de burnout, sofrimento mental, média, desvio padrão, percentuais, máximo, mínimo e disponibilizá-los para discussão.

d) Discussão

Nesta fase da pesquisa o pesquisador comparou os achados da pesquisa com a literatura por meio dos principais autores alinhados ao tema.

e) Achados e Recomendações ergonômicas

Depois de se familiarizar com os problemas do setor de oncologia pediátrica foi possível destacar os principais achados da pesquisa e realizar as propostas ergonômicas. Assim, depois de comparar com a opinião dos autores alinhados com o tema, foram elaboradas propostas quanto às questões da ergonomia organizacional, ergonomia física e da ergonomia cognitivas.

2.2.7 Cuidados Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, Brasil CAAE (92146318.2.0000.0121), Parecer N° 2.985.966 e do Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES – SC N° do Parecer (3.156.554) constantes nos Anexos 7 e 8, e foi conduzido de acordo com a pesquisa humana do Conselho Nacional de Saúde e Código de Ética e Pesquisa.

Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa, foram informados sobre o objetivo e procedência do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adequado à Resolução 466/2012. A análise e especificação dos riscos estão contidas no projeto e no referido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e os pesquisadores reconhecem os riscos da pesquisa, comprometendo-se em ressarcir quaisquer danos causados.

Riscos da pesquisa

Informou que conforme o item II. 22 da Res. 466/12 - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, sobre risco e/ou desconfortos para o participante da pesquisa:

1. Informação aos participantes da forma como os riscos apresentados serão minimizados, no item 3: **Riscos:**

“Poderá haver cansaço, aborrecimento ou desconforto durante a participação das entrevistas e a gravação das mesmas. Na ocorrência de tais desconfortos, serão feitas pausas e interrupções até que o participante se sinta novamente confortável para continuar a reunião e ainda o pesquisador se dispõe a oferecer apoio de acupuntura gratuito e caso a acupuntura seja rejeitada, outros recursos que fizerem necessários. Poderá ainda, ocorrer a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e suas consequências nas relações pessoais e profissionais dos participantes”.

2. Discriminação clara da garantia de ressarcimento e de indenização, no item 3:

Riscos:

“Na ocorrência de quaisquer situações que possam acarretar prejuízos aos participantes, em qualquer etapa da condução desta pesquisa, as indenizações decorrentes da mesma serão de responsabilidade do pesquisador”. Sendo assim, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa será garantido seu direito de indenização ou restituição via depósito bancário. Da mesma forma, todas as despesas decorrentes da participação desta pesquisa (transporte, lanche, materiais e outros) serão arcadas pelo pesquisador.

Desistência de participação: É garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade

Durante todas as fases da pesquisa, seu nome será mantido em sigilo absoluto, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou qualquer uma das organizações ou empresas que tenha porventura vínculo. Todas as informações colhidas por ocasião das reuniões serão utilizadas apenas para esta pesquisa e guardadas por dois anos pelo pesquisador e posteriormente destruídas.

Benefícios da pesquisa

Os benefícios esperados da sua participação estão em aumentar o conhecimento científico para a área de ergonomia, para auxiliar os gestores de saúde nas tomadas de decisões além de trazer dados para os profissionais de saúde em especial os enfermeiros e técnicos de enfermagem em identificar os principais fatores desencadeantes de distúrbios físicos e emocionais decorrentes do trabalho.

Outras considerações

O Sr(a) terá o direito de acompanhar todo o decorrer da pesquisa por meio dos contatos disponibilizados neste termo, bem como a esclarecimentos acerca da evolução da mesma, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ERGONOMIA

Ergonomia (ou Fatores Humanos) é definida pela *International Ergonomics Association* (2018) como:

A disciplina científica que trata da compreensão das interações entre os seres humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teorias, princípios, dados e métodos, a projetos que visam promover o bem estar humano e a performance global dos sistemas. Profissionais da ergonomia e ergonomistas contribuem para a concepção e avaliação de tarefas, trabalhos, produtos, ambientes e sistemas, a fim de torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas.

A ergonomia busca eliminar ou reduzir o estresse físico e mental do trabalhador, eliminando ou reduzindo certos incômodos como ruídos, luminosidade, calor, frio, melhorando ferramentas e equipamentos, adaptando tarefas e com isso, tornando o trabalho menos penoso e incapacitante (OSHA, 2000).

A ergonomia também aborda conhecimentos de diferentes áreas científicas, como a antropometria, biomecânica, toxicologia, engenharias, etc.; e segundo a Associação Brasileira de Ergonomia – ABERGO (2013),

Em agosto de 2000, a Associação Internacional de Ergonomia – IEA adotou a definição oficial de ergonomia, como sendo uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e diferentes elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos com o objetivo de aperfeiçoar o bem estar humano e o desempenho global do sistema.

De acordo com os domínios de especialização da ergonomia, a ABERGO (2013) os subdivide em:

3.1.1 Ergonomia física

Esta relacionada com as características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em sua relação à atividade física. De forma que os temas relevantes abrangem o estudo da postura no trabalho, manejo de materiais, movimentos repetitivos, distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, projeto de posto de trabalho, segurança e saúde.

3.1.2 Ergonomia organizacional

Também conhecida como macro ergonomia, Correia e Silveira (2009) assinalam que a ergonomia organizacional se refere à melhoria dos sistemas sócio técnicos, incluindo sua estrutura organizacional, as políticas e os processos. Para os autores os aspectos, relevantes nesse campo incluem trabalho em turnos, programação de trabalho, satisfação no trabalho, teoria motivacional, supervisão, trabalho em equipe, trabalho à distância e ética.

Têm por finalidade melhorar o *sistema sócio técnico¹, estruturas organizacionais, políticas e de processos principalmente por meio das comunicações, projeto de trabalho, organização temporal do trabalho, trabalho em grupo, projeto participativo, novos paradigmas do trabalho, trabalho cooperativo, cultura organizacional, organizações em rede e gestão da qualidade.

Segundo Iida (2006 p. 3) com o crescente reconhecimento da importância da ergonomia, desde 1970, ela passou a figurar cada vez mais, formalmente, no organograma das empresas. “O escopo da ergonomia ampliou-se significativamente, passando a incorporar aspectos organizacionais (trabalho, em grupo, organização da produção) e gerenciais do trabalho. Assim, a contribuição ocasional ou esporádica da ergonomia passou a ser permanente e integrada ao sistema produtivo”.

3.1.3 Ergonomia cognitiva

A ergonomia cognitiva se refere aos processos mentais, tais como percepção, memória, raciocínio e resposta motora conforme afetem as interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema. A Ergonomia Cognitiva para Correia e Silveira (2009 p. 4),

Trata o fato de como as pessoas conceituam e processam informações absorvidas em situações decorrentes do seu trabalho, dentre as competências cognitivas estão à capacidade de abstração e de raciocínio. O indivíduo com problemas cognitivos pode apresentar dificuldades de percepção, absorção e retenção de informações se submetido a fatores como carga mental, estresse, pressão psicológica, entre outros que fazem parte do cotidiano das empresas.

De fato, com o surgimento do computador na década de 1950 a significação (corrente crítica do behaviorismo) passa a não sofrer mais limitação. Darses, Falzon e Munduteguy

¹ (*) Sistema sócio técnico é uma análise administrativa que se propõe a estudar tanto os aspectos sociais de uma organização, quanto os seus aspectos técnicos (GARCIA, 1980 p. 71).

(2007, p. 158) concordam que, a partir daí, sistemas artificiais seriam capazes de tratar da informação simbólica. Para os autores,

Essas ferramentas ofereceram, portanto, um meio revolucionário de pôr à prova a validade dos modelos com base na construção da significação e de testar modelos cognitivos. Tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, tratava-se de afirmar a necessidade de se interessar pelas estruturas de conhecimentos e pelos processos de raciocínio. Foi nesse contexto que emergiu o paradigma cognitivista, colocando o tratamento da informação no centro do estudo das atividades humanas. A metáfora fundadora desse paradigma compara o sistema cognitivo humano a um Sistema de Tratamento da Informação (STI): os dados recebidos em entrada do meio ambiente evocam representações mentais que são tratadas através de processos mentais complexos, em níveis mais ou menos automatizados conforme a especialização e a natureza da tarefa a cumprir.

Mesmo do ponto de vista da ergonomia física, os aspectos cognitivos são fundamentais, sendo que as vantagens e a eficiência da disciplina corporal no trabalho segundo Hollnagel (1997) pode ser abordada tanto pela Ergonomia Clássica ou da Ergonomia Cognitiva. Para ele, a Ergonomia Clássica se coloca na preocupação de ajustar o homem ao trabalho. Ela está sob as fortes influências taylorista e behaviorista. As questões frequentes demonstram bem as preocupações desta época:

- Como reduzir os acidentes de trabalho e as doenças?
- Como aumentar a produtividade?
- Como aumentar a qualidade no trabalho?

3.2 O ADOECIMENTO MENTAL NO TRABALHO

Acerca do adoecimento mental no trabalho, para Dejours (1992 p. 66) “se a relação corpo-condições de trabalho muitas vezes é estudada corretamente, ao contrário, nunca se faz menção das repercussões do perigo real a nível mental, da carga (de trabalho) psíquica inerente ao trabalho perigoso que, entretanto, faz parte do desgaste do organismo”.

Na ótica de Dejours e Abdoucheli (1990), certas condições de trabalho como pressões físicas, mecânicas e biológicas do local afetam o corpo do sujeito; no entanto, a organização do trabalho que representa a divisão das atividades laborais irá influenciar no funcionamento psíquico do trabalhador. Para Dejours (1994), a psicopatologia tradicional está alicerçada no modelo clássico da fisiopatologia das doenças que afetam o corpo. Dedicase, exclusivamente, ao diagnóstico das doenças mentais, dos transtornos mentais orgânicos, da esquizofrenia, dos transtornos do humor e dos inúmeros transtornos de personalidade.

Para Heloani e Capitão (2003, P. 102), a organização do trabalho não cria doenças mentais específicas,

Os surtos psicóticos e a formação das neuroses dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início da sua vida, chegando a certa configuração relativamente estável, após o período de ebulição da adolescência – quando as condições sociais são relativamente favoráveis, antes mesmo de o indivíduo iniciar o processo produtivo.

Entretanto, existem pessoas que têm propensão a trabalhar em excesso e a divertir-se muito pouco; existem aqueles que mesmo em situações adversas, se divertem e há aqueles que não conseguem fazer nem uma coisa nem outra. Sabe-se hoje que, tanto o trabalho quanto a diversão em proporções satisfatórias são critérios para avaliar um funcionamento psíquico saudável (HELOANI e CAPITÃO, 2003).

3.2.1 A síndrome de *burnout*

A síndrome de *burnout* segundo Moreira et al., (2009 p. 1559) é um transtorno adaptativo crônico que acomete trabalhadores e caracteriza-se por três expressões de sofrimento psíquico: cansaço emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.”. Essas condições são comuns em indivíduos que lidam com o público (a maioria médicos, enfermeiros, profissionais da saúde em geral e professores) e que se mostra desmotivado, pouco compreensivo, com tratamento distante e desumanizado para com os pacientes, culpando-os dos problemas de que padecem.

O *burnout* foi caracterizado também como um tipo específico de reação de estresse ocupacional mais comum entre profissionais que prestam serviços à saúde, como resultado das relações exigentes e emocionalmente carregadas entre os cuidadores e seus pacientes (MASLACH & SCHAUFELI, 1993). Para CODO (2009, p.4) burnout “é uma síndrome pela qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil”.

Segundo a American Thoracic Society (2016), a síndrome de burnout é desencadeada por uma discrepância entre as expectativas e ideais do profissional e as condições reais de trabalho. Nos estágios iniciais da síndrome, os indivíduos sentem estresse emocional e aumentam a desilusão relacionada ao trabalho.

Em seguida, ocorre a perda da capacidade de adaptação ao trabalho e ao ambiente e demonstram atitudes negativas em relação àquele, aos colegas e pacientes. Em última análise,

três condições clássicas se desenvolvem: exaustão, despersonalização e redução de realização pessoal.

1. Exaustão: é a fadiga generalizada que pode estar relacionada em dedicar tempo e esforço excessivos a uma tarefa ou projeto que não é percebido como benéfico. Por exemplo, um sentimento de exaustão, particularmente exaustão emocional, pode ser desencadeado pela necessidade de cuidar de um paciente que tem uma chance muito baixa de recuperação.
2. Despersonalização: é uma atitude distante ou indiferente em relação ao trabalho. A despersonalização se manifesta como negatividade, insensibilidade e comportamentos cínicos; ou impessoalidade. A despersonalização pode ser expressa como comentários não profissionais dirigidos a colegas de trabalho, culpando os pacientes por seus problemas médicos, ou a incapacidade de expressar empatia ou tristeza quando um paciente morre.
3. Redução da realização pessoal: é a tendência de avaliar negativamente o valor do trabalho, sentindo-se insuficiente no que diz respeito à capacidade de realizar o trabalho de alguém, e uma generalizada baixa autoestima profissional. Indivíduos com *burnout* também podem desenvolver sintomas inespecíficos como: frustração, mau humor, medo e ansiedade. Pode ocorrer uma incapacidade de manifestação de felicidade, alegria, prazer, ou contentamento.

3.2.2 O estresse ocupacional

De acordo com Prado (2016 p. 287), a forma com que as diferentes funções e tarefas que compõem a carga de trabalho do profissional são distribuídas está associada a importantes estressores laborais. Esse tipo de estresse, para Prado (2016 p. 287):

Pode ser agravado significativamente em razão de condições precárias de organização do trabalho, que vão desde a baixa valorização e remuneração, descompasso entre tarefas prescritas e realizadas, até a escassez severa de recursos e problemas de infraestrutura.

O autor afirma ainda que “têm consequências físicas ou psicológicas negativas para um maior número de indivíduos expostos a eles. Consideram-se agentes estressores os fatores extra organizacionais e organizacionais, individuais e de grupo.” (Prado, 2016 p. 287).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (2001 p.38), a saúde mental (incluindo as emoções e os padrões de pensamento) emerge como determinante-chave da saúde geral. “O estado afetivo angustiado e deprimido, por exemplo, inicia uma cascata de mudanças adversas

no funcionamento endócrino e imunitário e cria uma maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas”.

O estresse no trabalho, para Leka, Griffiths & Cox (2004 p.3), “resulta de um desequilíbrio entre demandas e pressões sobre o profissional, seus conhecimentos e habilidades”. Tais fatores desafiam a sua capacidade de lidar com o trabalho. Isso inclui não apenas situações em que o potencial de trabalho também é um problema para o trabalhador, mas quando o seu conhecimento e as suas habilidades não são suficientemente utilizados para o cumprimento da tarefa.

O estresse por sobrecarga de trabalho foi considerado por Chang et al. (2005) como uma das principais razões para os enfermeiros deixarem a força de trabalho. “As cargas de trabalho são definidas como exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador. Em outras palavras, as cargas são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicológico e biológico” (GRECO, OLIVEIRA e GOMES 1996, p.61). No entanto, a patologia da sobrecarga “decorre de uma carga de trabalho que extrapola a capacidade das pessoas; relaciona-se à intensificação do trabalho, sendo reforçada pela ideologia da excelência” (CARVALHO e MORAES 2011p. 471).

Para Chang et al. (2005) é uma prioridade não apenas reduzir a carga de trabalho atraindo mais profissionais de enfermagem para a força de trabalho, mas também encontrar formas novas e inovadoras de apoiar os enfermeiros em suas experiências de estresse.

Os autores propõem um conjunto de estratégias para prevenir esse tipo de transtorno tais como:

O uso de estratégias de orientação e gestão do estresse para reduzir os efeitos negativos do estresse; uso de estratégias de formação de equipes, equilibrando prioridades, aumentando o apoio social por meio do envolvimento em atividades sociais e apoio de pares; flexibilidade nas horas de trabalho; protocolos para lidar com a violência; estratégias para construir compromisso, controle e desafio no local de trabalho; tornar elementos do trabalho mais desafiadores e valiosos através de tarefas variadas, oferecendo mais oportunidades de autonomia e *feedback* oportuno; remover a idade obrigatória de aposentadoria e encorajar os enfermeiros a continuar a estudar mais evitar uma drenagem de experiência da força de trabalho (CHANG et al., 2005 p. 63).

No caso dos hospitais, Secco, et al. (2010 p. 3) afirmam que o processo de trabalho é realizado em equipe e tem no corpo dos indivíduos o objeto do trabalho, valendo-se dos recursos mentais, materiais e equipamentos para atingir o objetivo de promover, manter e/ou recuperar a saúde dos usuários. Assim, as cargas advindas desse trabalho concorrem para a

saúde do trabalhador e uma vez que esse sistema se encontre em sobrecarga as manifestações de desgaste físico e psíquicos potenciais irão ser evidentes.

As sobrecargas físicas de trabalho e as exposições perigosas para Laaksonen et al., (2010) estão associadas ao aumento de episódios de ausência e de doença no trabalho. Dentre as condições psicossociais de trabalho, o baixo nível de adaptação às sobrecargas foi associado ao aumento do afastamento do trabalho e de doença nas mulheres, enquanto a insatisfação com o trabalho foi associada ao aumento da ausência de doença nos homens.

3.2.3 A depressão

A WHO (2009) define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração.

A depressão, para a World Health Organization (WHO), pode ser de longa duração ou recorrente. Na sua forma mais grave, pode levar ao suicídio. Casos de depressão leve podem ser tratados sem medicamentos, mas, na forma moderada ou grave, as pessoas precisam de medicação e tratamentos profissionais. O atendimento especializado é considerado fundamental e quanto mais cedo começa o tratamento, melhores são os resultados.

A WHO (2012) afirma que a depressão “é um transtorno mental comum que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, diminuição de energia, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite e baixa concentração”. Além disso, a WHO (2012 p.4) acredita que:

A depressão geralmente vem com sintomas de ansiedade. Esses problemas podem ser recorrentes e levar a prejuízos substanciais na capacidade de um indivíduo de cuidar do paciente. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Quase 1 milhão de vidas são perdidas anualmente devido ao suicídio, o que significa 3.000 mortes por suicídio todos os dias. Para cada pessoa que completar o suicídio, 20 ou mais podem tentar pôr fim à sua vida.

Assim, Kirchof, et al. (2009 p. 222) consideram fundamental “capacitar os trabalhadores dos serviços de saúde”, quanto aos sinais e sintomas dos distúrbios psíquicos, para que considerem a importância da situação de trabalho como um dos fatores determinantes no processo saúde/doença. Ainda, alerta-se para a necessidade de desenvolver ações interinstitucionais e multidisciplinares em saúde mental e trabalho.

As cargas psíquicas do desgaste estão caracterizadas na visão de Santana, et al. (2013, p.68) por:

Supervisão estrita; ritmo acelerado; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; dificuldade na comunicação; agressão psíquica; fadiga; tensão; estresse e insatisfação. Situações estas que podem desencadear desde acidentes de trabalho até outros agravos à saúde como, por exemplo, os distúrbios emocionais, a ansiedade e a depressão. Nas organizações de saúde é comum a diminuição de recursos humanos, sendo este o principal fator para o ritmo acelerado de trabalho.

Os afastamentos do trabalho em decorrência das licenças por problemas de saúde relacionados à depressão e ansiedade são muito comuns no serviço de saúde e têm se tornado um problema considerando sério, uma vez que a maioria desses serviços, entre eles os hospitalares, não prevê cobertura para os dias de falta, sobrecarregando, assim, os trabalhadores e interferindo na qualidade da assistência prestada aos usuários (COSTA, et al., 2009).

3.2.4 A fadiga por compaixão

A fadiga por compaixão, segundo Figley (1995), é definida como o processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão.

Para alguns profissionais de saúde, ao prestarem a atenção ao paciente e contribuir para atenuar o seu sofrimento, sentem-se gratificados. Barbosa, Souza & Moreira (2014) dizem que tal sensação resulta de equilíbrio psicológico entre as experiências positivas no trabalho, mais precisamente o sentimento de satisfação por compaixão, em contrapartida, a frustração irá produzir a fadiga por compaixão.

O ambiente hospitalar possui uma atmosfera única, lugar no qual se encontra um grande número de pacientes, entre eles crianças e adolescentes, com prognóstico grave e doença em fase avançada, sendo a problemática da morte uma constante. De fato, isso “exige profissionais habilitados e bem preparados para receber e cuidar dessas crianças, adolescentes e suas famílias, necessitando compreender as reações e comportamentos que eles apresentam diante da morte” (COSTA e LIMA, 2005, p. 152).

As situações de tensão dos plantões, que não permitem erro, provocam estresse naqueles que as vivenciam. Isso ocorre, segundo Lago e Codo (2013, p. 214), “devido aos profissionais serem susceptíveis de serem afetados pela dor do outro”. Os autores consideram ainda o quanto toda essa mobilização, esse estado de tensão, pode desgastar aqueles que estão submetidos a ela constantemente.

Assim, a fadiga por compaixão pode ocorrer quando o profissional, ao conviver com a dor do próximo, “não consegue lidar de uma forma saudável com o sentimento que emerge do sofrimento dos pacientes que ele atende. Em decorrência disso, estes profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho” (LAGO e CODO, 2013, p. 14).

3.2.5 O sofrimento mental

Alguns profissionais, ao conviverem com pessoas em risco de morte, doentes crônicos ou vitimados por situações traumáticas, podem sim, como afirmam Barbosa, Souza & Moreira (2014, p.316), “ser contagiados pela dor e pelo sofrimento do outro, podem desenvolver problemas de saúde como *burnout* e estresse traumático secundário”.

Tais fenômenos podem ser atenuados, conforme sugere Amaro (2016, p. 91), por meio de “apoio psicológico ao estabelecer atitudes empáticas com esses profissionais ou promovendo programas que aumentem a sua capacidade de gestão de fontes de estresse, resiliência, autor regulação e satisfação por compaixão”. Para Amaro (2016, p. 91) “isso é também possível por meio do acompanhamento terapêutico do profissional, sendo necessário realçar não só o papel do indivíduo, mas também o da organização a que este pertence, no estabelecimento de programas de prevenção e promoção de *feedback* positivo do trabalho”.

O sentimento manifestado por profissionais de saúde em início de carreira ao prestar cuidado a um paciente terminal normalmente é o de ansiedade. “A reação manifesta nos primeiros momentos em contato com a morte de alguém é o pânico, o desespero e a insegurança. No início da graduação predomina a depressão e o estresse aumenta com o passar dos anos” (TAKAHASHI, et al., 2008, p. 136).

Infelizmente, para Costa e Lima (2005, p. 156), o que se pode observar é o profissional que desde o início da carreira não se permite vivenciar o luto, e isso, talvez, seja um mecanismo de defesa de que se utilize para se resguardar, pela sua dificuldade em compreender esses sentimentos. Em decorrência disso, desenvolve uma postura firme e insensível, construindo, então, uma falsa ilusão de que o profissional deve ser frio ou indiferente à morte.

O cuidar de pacientes que convivem com doenças crônicas se caracteriza em investir na qualidade de vida e nos cuidados clínicos que nem sempre levarão à cura. “A doença crônica na vida desse segmento muitas vezes representa a falta de esperança e a proximidade

da morte e das marcas simbólicas a ela relacionadas” (SANTOS e MOREIRA, 2014, p. 4871).

Para Santos e Moreira (2014, p. 4871), “os constantes agravamentos da doença, a impossibilidade de comunicação, as manifestações de dor e agonia, muitas vezes abala o profissional de saúde e o levam a questionar o porquê da existência daquele paciente e da prorrogação da vida”. Assim, os profissionais convivem com a dualidade em interpretar o seu papel nos momentos de dor, sofrimento e morte e saber interpretar estas leituras, fundamentais na formação profissional o que parece ser ainda estar muito aquém do desejável. Compreender o processo da morte e aceitar a finitude parece ser um bom começo para reduzir o sofrimento dos profissionais de enfermagem.

3.3 O ADOECIMENTO MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Depois de realizada uma revisão sistemática de literatura sobre o tema “O adoecimento mental de profissionais de enfermagem”, com a formação de um Portfólio Bibliográfico, foi possível dividir os principais temas:

3.3.1 O adoecimento mental

As cargas do trabalho, como o cuidado direto com pacientes e a pressão do tempo, conforme afirmam Evangelia, et.al. (2000), são os maiores agentes causadores do esgotamento do enfermeiro; alguns fatores do trabalho, como a falta de recompensas e a não participação no processo de tomada de decisão, contribuem para o desengate do trabalho; e as demandas de emprego e os recursos do trabalho têm um impacto indireto na satisfação da vida dos enfermeiros.

As demandas por emprego, o esforço extrínseco e o excesso de compromisso, como afirmam Mark e Smith (2012), foram associados a maiores níveis de ansiedade e depressão. O apoio social, as recompensas e o discernimento de habilidades foram negativamente associados a problemas de saúde mental.

Distúrbios mentais comuns foram associados por Gartner, et. al. (2010) a várias dificuldades no desempenho do trabalho em enfermeiros, tais como o cumprimento da tarefa, a manutenção das relações intrapessoais e interpessoais do trabalho. Além do comprometimento das relações no trabalho, pode ser observado a redução da energia, do foco

em metas e responsabilidade, na velocidade de trabalho, o evitar o envolvimento nas atividades diárias durante o trabalho, o lidar com emoções e motivação.

Trabalhadores em depressão, na visão de Gao, et. al. (2011), têm sua qualidade de vida comprometida, diminui a produtividade no local de trabalho, causa prejuízo para o empregador e pode levar ao suicídio em alguns casos. O serviço de enfermagem é uma parte essencial da força de trabalho para o sistema de saúde, o trabalho nos hospitais pode esgotar fisicamente o profissional e ser altamente estressante.

Chen e Cheng (2017) evidenciaram que as condições psicossociais de trabalho levam a problemas de saúde mental nos trabalhadores, contudo é imperativo examinar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e explorar como o estado de saúde mental destes pode ser afetado pelo trabalho. Para os autores, as longas jornadas e turnos de trabalho estão associados ao desenvolvimento de doenças ocupacionais.

Para Glosier, et al. (2006), além de outros efeitos potenciais a doença mental provocaria atitudes negativas de colegas de trabalho. Eles destacaram o efeito de rótulos de doenças como um direcionador de atitudes negativas de colegas de trabalho e que o uso de álcool também colabora com esse estigma.

Apesar do conhecimento em saúde mental e da experiência pessoal com doenças mentais, Edwards e Crisp (2017 p.218) entendem que existem barreiras significativas para os profissionais de saúde mental que buscam ajuda para a saúde mental. As barreiras relatadas para procurar ajuda incluíam “querer resolver o problema por conta própria, medo de descobrir colegas e o potencial de consequências negativas relacionadas ao requisito obrigatório de relatórios da Agência Australiana de Regulamentação para Profissionais de Saúde”. A educação em torno dos requisitos de notificação obrigatórios pode ajudar a melhorar o comportamento de busca de ajuda.

3.3.2 O estresse no trabalho

Um alto nível de estresse relacionado ao trabalho, afirmam Su e Jian (2009), pode aumentar a vulnerabilidade às doenças mentais e resultar em uma má qualidade dos cuidados clínicos. Quase metade da equipe pesquisada no Taiwan tinha um transtorno psiquiátrico menor ou transtorno depressivo. A maior prevalência era nos enfermeiros e farmacêuticos, sendo que outros funcionários relataram poder sofrer de estresse no trabalho.

Enfermeiros que trabalhavam em áreas estressantes, conforme afirmam Hamaideh e Ammouri (2011), sentiam-se estressados devido à falta de preparo, falta de apoio de chefes e

colegas, incerteza quanto ao tratamento, conflito com outros enfermeiros e médicos. Para Finlayson, et al (2002), a redução da sobrecarga de trabalho de enfermeiros pode ser alcançado garantindo que os níveis de pessoal sejam adequados, incluindo pessoal administrativo que poderia reduzir a carga burocrática para os enfermeiros.

A sobrecarga de trabalho foi relatada por Esther (2005) como uma das principais razões pelas quais os enfermeiros deixaram o emprego. Desta forma, se torna prioridade reduzir a carga de trabalho, atraindo mais pessoal de enfermagem para a equipe, por meio de contratação de pessoal e a constante busca de formas inovadoras, com fins a apoiar os enfermeiros no enfrentamento do estresse ocupacional.

Os níveis elevados de estresse ocupacional, conforme acredita Wu (2009), podem afetar a saúde física e mental dos enfermeiros. Para o autor, o estresse ocupacional entre enfermeiros é o resultado de exposição a uma combinação de ambiente de trabalho e fatores pessoais.

O estresse ocupacional pode ter consequências prejudiciais sobre a qualidade da enfermagem e a segurança dos pacientes, conforme relatou Rajna (2009). Os seus achados demonstram que a maioria dos enfermeiros croatas tem apenas uma escola com educação secundária e enfermeiros com níveis de formação mais elevados têm melhor habilidades no trabalho do que seus colegas com níveis de formação inferiores.

Herdi (2006) afirma que as situações de excesso de trabalho, consulta e comunicação insuficientes, *feedback* inadequado sobre o desempenho, recursos insuficientes e a dificuldade de descanso, assinalam para providências que os gerentes de enfermagem poderiam tomar para diminuir o estresse ocupacional no local de trabalho.

Buscar a solução de problemas de forma planejada, com autocontrole, reavaliação positiva e o apoio social, são considerados por Ashker, et al. (2012) os melhores métodos de enfrentamento usados por enfermeiros que trabalham em unidades de hemodiálise para lidar com estresse relacionados ao trabalho.

Para que haja um maior enfrentamento do estresse e burnout, Flynn, et al. (2009) acreditam que os gerentes e enfermeiros das equipes em instalações de hemodiálise precisam identificar o conjunto de tarefas e atividades em que os enfermeiros de diálise participam, identificar as atividades que são realizadas com maior eficiência por um enfermeiro e distribuir tarefas remanescentes a pessoal mais apropriado, liberando os enfermeiros para se concentrar na assistência ao paciente.

3.3.3 O estigma e violência horizontal

Os problemas de violência em equipes de enfermagem observados por Farrel, et al. (2006) são mais comuns em ambientes conhecidos como "ambientes tensos". Ou seja, em áreas como departamentos de emergência, ambientes psiquiátricos, oncologia, geriatria e enfermarias, nos quais, com base em resultados atuais, muitos funcionários experimentam altos níveis de abuso físico e verbal. É importante que os profissionais tenham a consciência disso e que, na medida em que esses enfermeiros usem suas vozes e contem suas histórias, o quadro pode ser revertido.

Algumas atitudes de colegas podem dificultar a reintegração no local de trabalho após a ausência de doença, isso sugere abordagens para melhorar essas atitudes. Em primeiro lugar, Glozier, et al. (2006) afirmam que isso envolveria administrar as expectativas não apenas do indivíduo afetado, mas também dos colegas de trabalho e dos gerentes. É importante estabelecer padrões de trabalho confiáveis e realizáveis.

Para Kidd e Finlayson (2010), as crenças atuais de estigma e discriminação sobre o direito de apoio e cuidados individuais dos enfermeiros precisam ser desafiadas. Da mesma forma, o *bullying* e a violência simbólica também devem ser confrontados, além disso, as ligações entre os enfermeiros para evitar esse tipo de comportamento precisam ser formadas.

A difamação por meio de injúria e calúnia nas equipes, na opinião de Joyce, et. al. (2007), torna o convívio mais difícil. É um comportamento inaceitável e a incidência de *bullying* deve ser abordada de forma veemente. É necessário atravessar a linha de fronteira que separa enfermeiros e pacientes muitas vezes tem consequências negativas para a enfermeira com doença mental.

Para Joyce, et al. (2012), está implícito que muitos enfermeiros não têm consciência do fato e falta a compreensão necessária de como lidar com a doença mental no ambiente de trabalho. Entretanto, torna-se necessário aperfeiçoar os Códigos de ética profissional, melhorar o apoio ao profissional doente, desenvolver programas de educação que se concentrem em como lidar com questões como expectativas profissionais, confidencialidade no local de trabalho e apoio ao enfermeiro com um problema de saúde.

Países mais violentos convivem com essa violência entre profissionais de saúde dentro dos hospitais como é o caso dos hospitais iraquianos, mas poucos empregadores estabeleceram políticas específicas sobre saúde e segurança ou violência física. Muitos participantes do estudo de AbuAlRub, et al. (2007) haviam sofrido violência no local de trabalho e estavam muito insatisfeitos com a maneira como os incidentes eram tratados.

Os indivíduos com um rótulo particular, vistos como pessoas negativas, para Peterson (2017), são estigmatizados e isso não se baseia apenas em condições pessoais, mas em reações culturais de certos grupos. Tominaga et al. (2014), acreditam que criar circunstâncias de apoio no local de trabalho, promover intervenções organizacionais e abordagens efetivas para diminuir o preconceito e o estigma entre enfermeiros e gestores de enfermagem em hospitais servirão como um marco para melhorar o relacionamento no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Os enfermeiros que sofrem abuso verbal, conforme observaram Rowe e Sherlock (2003), podem ser mais estressados, podem sentir-se menos satisfeitos com seus trabalhos, podem perder mais o trabalho e podem fornecer um padrão de qualidade de atendimento aos pacientes. O assédio moral no local de trabalho, para Yıldırım (2009), pode levar à depressão, perda de motivação, diminuição da concentração, baixa produtividade, baixa autoestima e dificuldades de relacionamentos com pacientes, gerentes e colegas.

Assim, para Laschinger e Grau (2011), cabe ao gerenciamento de enfermagem assegurar que as condições nos ambientes de trabalho de enfermagem sejam acolhedores e apoiadores, principalmente aos novos enfermeiros, não apenas para prevenir a violência, o burnout e a saúde precária, mas também para garantir que os novos enfermeiros desejem permanecer na profissão, sustentando a força de trabalho de enfermagem.

3.3.4 O uso de drogas no ambiente hospitalar

Alguns estudos avaliaram a prevalência do uso de substâncias químicas proibidas e doença mental entre enfermeiros em um amplo nível populacional, entretanto, as barreiras para buscar assistência e as estratégias para superar essas barreiras raramente foram abordadas na literatura (CARES, et al., 2014). As descobertas ajudam a esclarecer a natureza do uso de substâncias pelos enfermeiros no local de trabalho e as consequências associadas para eles e seus pacientes.

Em sua pesquisa, Cares, et al. (2014) notaram que a maioria dos entrevistados indicou que eles foram encaminhados para o programa por causa do uso de álcool e / ou drogas, doença mental ou condições concomitantes, e quase metade relatou fazer uso de drogas ou álcool durante o trabalho. Alguns profissionais acreditam que seu desempenho no trabalho foi afetado, de alguma forma, pela sua substância. Há relatos de que os pacientes foram colocados em risco uma ou mais vezes por causa de seu uso.

3.3.5 O panorama da doença mental dos profissionais de enfermagem no Brasil

A enfermagem no Brasil, segundo Felli (2012), presta serviços de assistência à saúde nas mais diversas áreas, sofrendo o impacto das políticas sociais e econômicas conforme o momento em que o país se encontra. Um dos impactos é constatado pelas más condições de trabalho, a superlotação dos hospitais e postos de saúde ocasionando sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

O trabalho de enfermagem está presente 24hs por dia nas instituições de saúde com internação, o que torna mais intenso o impacto das condições de trabalho para o profissional. Nessas instituições, na maioria das vezes, há escassez de profissionais de enfermagem no serviço público, implicando na intensificação do ritmo de trabalho e, portanto, no seu desgaste (FELLI, 2012).

As condições de trabalho de enfermagem, como afirmou Alves (1995), implicavam em longas jornadas, no trabalho desgastante em turnos (vespertinos e noturnos), nos domingos e feriados, nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças.

Ao buscar a realização de diferentes atividades de forma inapropriada, quer seja por força do trabalho ou por vontade própria o trabalhador provoca em si um aumento de todos os tipos de cargas relacionadas com o labor, levando ao aparecimento de doenças, quer sejam de ordem física, psíquica e emocional (RIBEIRO, et al. 2011).

As sobrecargas psíquicas de trabalho sofridas por profissionais de enfermagem, segundo Secco, et al. (2010, p.14), “favorecem o surgimento de doenças emocionais que repercutem expressivamente na vida do trabalhador”. De fato, como entendem Costa; Morita; Martinez (2000, p.554),

O trabalhador se encontra em situações adversas impostas pela profissão que impõe grande demanda de atividades variadas, em turnos diferentes, podendo afetar o desenvolvimento físico, gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos, e gastrointestinais.

Para Araujo, et al. (2003 p.425), “a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física, ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo”.

Para Galindo, et al. (2012, p. 426) a “sobrecarga de trabalho, o esgotamento e o recurso às estratégias centradas na emoção, entre outros aspectos, consubstanciados nos níveis altos e médios de exaustão emocional e despersonalização”, contribuem para o comprometimento da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros da assistência pediátrica e ginecológica de hospital geral do nível terciário de atenção de Recife (PE).

Achados de Barbosa, et al. (2014) sugerem que deva haver debates entre os empregados e a gerência hospitalar sobre quais medidas e comportamentos possam ser adotados para elevar a satisfação por compaixão e minimizar a fadiga por compaixão, com foco maior no esgotamento emocional, no sentido de melhorar a qualidade de vida profissional.

Na visão de Pai e Lautert (2008, p.6), “é na sua particularidade e complexidade que se constroem as relações e os meios que favorecem a saúde ou o adoecimento”. As autoras “confiam na relevância das experiências pessoais, uma vez que a partir delas pode-se compreender de formas mais abrangentes as manifestações físicas e psíquicas de uma coletividade”.

Existe uma crescente predisposição do profissional de enfermagem ao adoecimento ocupacional motivado por estresse no ambiente de trabalho. Filho e Almeida, (2016, p. 452) Evidenciara que

os fatores desencadeantes do estresse ocupacional estão relacionados à proximidade com o sofrimento humano, dificuldade do compartilhamento de saberes entre os membros da equipe multidisciplinar, carga horária elevada, demanda de trabalho, pressão exercida por gestores e pacientes, baixa remuneração, instabilidade do emprego, o trabalho desenvolvido em alta complexidade e o acúmulo de funções na prática diária.

3.4 A ERGONOMIA E A SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Os serviços públicos de urgência e emergência, como foram observados por Pai, Lautert (2008, p.2), “têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde”.

Os confrontos entre profissionais e clientela são fatos comuns que agregam maior tensão ao exercício das tarefas nas emergências, o que acaba fazendo com que todos os envolvidos no trabalho se sintam pouco reconhecidos, sentimento que se agrava de acordo com a hierarquia profissional (DESLANDES, 2000, p. 72).

A construção de uma análise de risco de emprego específica para enfermeiros emergenciais para (RANSEY et. al., 2006, p. 72):

Parece ser um primeiro passo adequado para ajudar as organizações de saúde a estabelecer mais firmemente as expectativas de segurança dentro das prioridades organizacionais concorrentes e mais especificamente capacitar enfermeiros para evitar com êxito os riscos que tendem a apressar a reforma antecipada do campo da enfermagem.

Os profissionais de enfermagem têm como objetivo o cuidado com a saúde e a manutenção da vida do próximo. Essa categoria profissional, especialmente os atuantes em ambiente hospitalar, tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral, estão submetidos a uma sobrecarga física e emocional. Assim, a insalubridade do trabalho hospitalar provém da permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho e de sua organização, que são evidenciados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos inespecíficos (DEJOURS, et al., 1994).

Observa-se que o trabalho em saúde, apesar de toda a incorporação tecnológica, não tem demonstrado uma economia da força de trabalho. Ele permanece essencialmente sustentado pelo labor intensivo, com níveis desiguais de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho (PITTA, 1999). Essas características ainda são comuns nos serviços públicos de saúde nos últimos tempos.

Para a produção de serviços de enfermagem hospitalar, Secco, et al. (2010) entendem que “o processo de trabalho tem particularidades, decorrentes da maneira como ele é organizado e desenvolvido, sobrepondo aos trabalhadores cargas de trabalho específicas, que trazem repercussões importantes à sua saúde física e mental”.

Na análise do processo de trabalho da enfermagem hospitalar Secco, et al. (2010 p.2) acreditam que:

É possível reconhecer as cargas físicas, entre muitas fontes, no ruído, nas vibrações de maquinarias, na inadequada iluminação dos setores, na pouca ventilação; as químicas, nos inúmeros produtos utilizados, como desinfetantes, antibióticos e quimioterápicos, nos gases, vapores, líquidos, entre outros; as cargas biológicas são caracterizadas pelo contato com parasitas, bactérias, vírus, fungos, muitos que conferem graves riscos aos trabalhadores; as mecânicas dizem respeito ao objeto de trabalho, à tecnologia empregada para a realização do mesmo, às condições de instalação e manutenção dos materiais e equipamentos da produção, trazendo como consequência contusões, fraturas, feridas e outras lesões que atingem o corpo do trabalhador.

3.4.1 Contribuições para o enfrentamento do adoecimento mental

Após serem identificados os principais fatores que predisõem o estresse e o adoecimento mental no trabalho de enfermagem na ótica dos principais autores, foi possível traçar estratégias para o enfrentamento do adoecimento mental de profissionais de enfermagem.

Para Evangelia, et.al. (2000), uma melhor gestão do programa de trabalho do pessoal de enfermagem, a melhoria do suporte técnico e um local de trabalho redesenhado de forma ergonômica são fundamentais para diminuir a carga de trabalho e reduzir a pressão do tempo.

Joyce, et al. (2009) perceberam que o cumprimento e a conscientização dos enfermeiros sobre do código de ética, código de conduta profissional e os padrões de prática e princípios de prática segura podem concorrer para um melhor convívio no ambiente de enfermagem.

O estudo de Joyce, et al. (2012) identificou algumas questões que seriam apropriadas e relevantes para um programa de educação em saúde mental voltado para enfermeiros: existem estratégias de enfrentamento de colegas de trabalho quando se trabalha com uma enfermeira que está desenvolvendo ou enfrentando um problema de saúde mental? Se uma enfermeira negar que há um problema, você tem a responsabilidade de fazer alguma coisa; se sim, o quê? Que processos estão disponíveis para resolver problemas que possam surgir, como por exemplo, desempenho insatisfatório no trabalho? Se uma enfermeira voltar a trabalhar de licença médica - que estratégias podem ser implementadas para facilitar um processo de retorno ao trabalho?

Após incidentes agressivos em estabelecimentos de saúde, alguns profissionais receberam a maior ajuda ao conversar com colegas e não com seu gerente, líder de sindicato ou sua organização profissional. Isso sugere que a maioria dos enfermeiros ainda está relutante para tornar suas experiências de agressão oficiais (FARRELL, et al., 2006).

O fornecimento de programas de treinamento sobre como evitar a violência no local de trabalho e o fortalecimento de políticas e legislações adequadas no local de trabalho foram medidas importantes indicadas pelos enfermeiros para serem consideradas pelos administradores e formuladores de políticas (AbuAlRub, et al., 2007).

Cabe aos responsáveis pela gestão hospitalar, conforme defendem Su, et al., (2009), prestar mais atenção à condição mental de todos os funcionários do hospital, especialmente enfermeiros e farmacêuticos. São necessários manuais adequados, apoio, aconselhamento ou

intervenção psicológica para um maior gerenciamento e podem logicamente resultar em melhor saúde mental por parte da equipe e uma melhor qualidade de atendimento.

A redução da sobrecarga de trabalho é uma prioridade, contudo, atrair mais pessoal de enfermagem para a força de trabalho torna-se fundamental. Para Chang, et al., (2005), novas e inovadoras formas de apoiar enfermeiros em sua experiência de estresse devem ser estudadas. Além disso, Hao, et al. (2015) defendem que o horário de trabalho dos enfermeiros é longo e oferece pouca flexibilidade, assim, os administradores dos hospitais podem ajustar o horário de trabalho dos enfermeiros podendo evitar conflitos entre trabalho e família.

Os autores enfatizam a necessidade de orientar o profissional quanto às estratégias de gestão para reduzir os efeitos negativos do estresse; com uso de estratégias de formação de equipes, equilíbrio de prioridades; aumento do apoio social com atividades sociais e apoio aos pares; flexibilidade no horário de trabalho; protocolos para lidar com a violência; estratégias para construir compromisso; controle e desafio no local de trabalho (CHANG, et al., 2005).

Programas de educação e conscientização, na opinião de Cares, et al. (2015), poderiam melhorar as habilidades de enfermeiros no sentido de melhor observar o comportamento dos colegas, como alterações na condição física ou emocional, o uso de medicamentos contra a dor, documentados nos prontuários dos pacientes, absenteísmo repetido e / ou atraso excessivo ao trabalho.

Como alternativa para examinar a qualidade da saúde dos trabalhadores, Bolier, et al. (2014) propõem um módulo de vigilância que oferece rastreio, *feedback* personalizado e intervenções on-line visando queixas positivas de saúde física e saúde mental. O modelo é uma estratégia no local de trabalho para obter ações preventivas identificando e tratando queixas de saúde.

A implementação deste programa poderia abordar as queixas construtivas de saúde mental / bem-estar, engajamento no trabalho e saúde mental em enfermeiros e profissionais de saúde afins, que são elementos importantes para o funcionamento do trabalho e para o aproveitamento do próprio trabalho (BOLIER, et al., 2014).

Rossi, Santos e Passos (2010, p. 384) descobriram que a partir da comparação da incidência da síndrome de burnout entre os setores hospitalares fechados e a unidade básica de saúde no Brasil, “existe uma prevalência notável do desenvolvimento da síndrome nos hospitais, mostrando que as unidades hospitalares, principalmente em serviços de alta complexidade, recebem maior destaque em relação às alterações da saúde mental”.

Diminuição da jornada de trabalho, para Felli (2012, p. 181), pode reduzir o desgaste e a exaustão dos trabalhadores, permitindo a recuperação da força de trabalho e o

distanciamento da exposição a cargas. Para os trabalhadores, defende Secco, et al. (2010, p. 15), cabe o

entendimento e enfrentamento da realidade da própria vida, dos empregadores, dos serviços que se ocupam da saúde do trabalhador nas instituições, de toda a sociedade, que todos os dias se utiliza dos serviços desse grupo profissional, cujos componentes, embora de forma pouco articulada, constitui grande rede de atenção à saúde.

Algumas medidas, para Seemann e Garcez (2012 p. 45), poderiam melhorar os cuidados com a saúde dos profissionais de enfermagem, sendo necessária a criação de espaços coletivos de discussão e reflexão, a ampliação do uso de tecnologias relacionais e que “o funcionário esteja inserido, não só no seu universo de trabalho, mas também no mundo exterior que o beneficia interiormente, com atividades que gerem prazer e satisfação”, pois, “este conjunto complementa-se para que ele permaneça em equilíbrio em saúde no seu cotidiano”.

Um plano claro de "retorno ao trabalho", com expectativas de todos os lados estabelecidos, pode evitar mal-entendido e permitir que todos atendam às expectativas. Glozier, et al. (2006) descobriram que a maioria dos funcionários baseia suas atitudes em sua experiência pessoal de tratar pessoas com transtornos mentais. Eles sugerem que a exposição a pessoas que "se recuperaram com sucesso" e estejam funcionando em papéis profissionais pode ser a intervenção mais indicada.

Os profissionais de saúde mental na Austrália também sofrem com distúrbios em sua saúde mental, sendo esse tema foco das campanhas contra o estigma promovido na comunidade em geral. No entanto, Edwards e Crisp (2017) afirmam que se as campanhas para combater o estigma e melhorar a educação em saúde mental na comunidade em geral tiverem credibilidade, é essencial que os profissionais de saúde mental apliquem a si mesmos e na comunidade os mesmos padrões no que diz respeito à ajuda em situações de sofrimento psicológico.

Aos gestores, como afirmam Hegney, e al. (2013), cabe identificar melhor os perfis de risco de seus trabalhadores com base na depressão, ansiedade, estresse, trauma secundário e burnout bem como sobre o estabelecimento de fatores de satisfação por compaixão. Esse entendimento pode permitir que os gerentes reconheçam mais facilmente fatores que categorizam perfis de maior risco (por exemplo, ansiedade e fadiga da compaixão) e identificar o tratamento apropriado.

Laschinger, et al. (2009) examinaram o impacto do empoderamento no local de trabalho, a incivildade do supervisor e do colega de trabalho e o desgaste em três resultados de retenção de funcionários: satisfação no trabalho, comprometimento organizacional.

Nesse trabalho, concluiu-se que um ambiente de trabalho que capacita os enfermeiros a agir de acordo com os padrões profissionais e que evitem comportamentos inadequados por parte de colegas e chefes pode protegê-los contra o Burnout e pode evitar o absenteísmo nas organizações de trabalho de enfermagem (LASCHINGER, et al., 2009).

3.4.2 Considerações sobre os achados na literatura

Depois de reunidos os achados na literatura internacional e nacional, tornou-se possível construir o conhecimento sobre o sofrimento mental nos profissionais de enfermagem que auxiliou o pesquisador na tarefa de analisar o trabalho dos profissionais do centro de oncologia pediátrica. Buscou-se identificar os motivos que levam esses profissionais a apresentarem quadros de sofrimento mental relacionados ao trabalho conforme constam nos anexos 2 e 3.

Desta forma, percebeu-se que os autores abordam problemas relacionados com os elevados índices de sofrimento mental e burnout entre enfermeiros e a insatisfação com o trabalho, associação de condições psicossociais com transtornos mentais, exaustão emocional associada a convívio com pacientes graves, o desenvolvimento de ansiedade e depressão e o enfrentamento da escalada desses quadros, situações de incivildade entre profissionais que prejudicavam a reintegração dos profissionais que se encontravam afastados do trabalho.

Foi possível observar na literatura que as principais causas de estresse nesses profissionais advém da sobrecarga de trabalho, a baixa qualidade de vida, o ambiente de trabalho hostil, a violência horizontal e o estigma com os profissionais que desenvolviam problemas mentais.

Assim, percebeu-se que estratégias de enfrentamento obtiveram bons resultados como a melhoria da capacitação profissional, o acompanhamento dos casos de profissionais que apresentem sinais e sintomas de sofrimento mental. Observou-se que é necessário controlar a insalubridade e a penosidade do trabalho, a melhoria organizacional e o trabalho que deve ser redimensionado aos níveis da demanda psicológica, etc.

Finalmente, com as informações necessárias, foi possível proceder a pesquisa de campo analisando o trabalho dos profissionais de enfermagem com a demanda de sofrimento mental relacionado ao trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa são apresentados os resultados e discussão da pesquisa e estão distribuídos em: a) Resultados da Análise Ergonômica do Trabalho do setor de oncologia pediátrica; b) a apresentação da análise de conteúdo dos dados das reuniões e entrevistas da ACT, c) Resultados dos questionários MBI e SRQ 20 e d) Discussão.

4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO (AET)

Os primeiros dados práticos desta pesquisa foram possíveis após os resultados da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), realizada no setor de oncologia pediátrica, figura 3. Levando-se em conta as pesquisas internacionais e nacionais sobre o adoecimento laboral do pessoal de enfermagem e os relatos de profissionais que confirmaram tal evento, a análise ergonômica teve como demanda a questão do sofrimento mental de uma enfermeira que apresentava diagnóstico de depressão e ansiedade generalizada associada ao trabalho com oncologia pediátrica.

Figura 3 - Local da Análise Ergonômica do Trabalho (AET)



Fonte: Dados da pesquisa

Ao consultar o serviço de Biometria da Secretaria Estadual de Saúde – SC no ano de 2017 foi possível obter informações sobre os afastamentos do serviço de profissionais de enfermagem do setor, que foram disponibilizados por meio de uma planilha *Excell* referente ao pessoal de enfermagem compreendendo o período de janeiro de 2016 a abril de 2017.

Os dados apresentados no quadro 1 indicam que em média 4,66 % dos profissionais de enfermagem daquele setor se afastavam do serviço, e nos meses de agosto a dezembro essa média ficava em torno de 8,72 %, (três afastamentos em um total de 29 profissionais) sendo que um dos principais motivos de afastamento, conforme informações locais, era o de saúde. No período em que a análise Ergonômica do Trabalho (AET) foi realizada, o setor encontrava-se com 03 (três) profissionais afastados (as) por problemas de saúde, sendo 02 (dois) por saúde mental.

Tabela 1 - Afastamento do serviço do pessoal do setor de oncologia pediátrica

ano e mês / Setor	QUADRO	AFASTAMENTO		% de absenteísmo
		total dias	dias/30	
201601	35	57	1,90	5,43
201602	35	52	1,73	4,95
201603	35	5	0,17	0,48
201604	35	15	0,50	1,43
201605	35	14	0,47	1,33
201606	35	27	0,90	2,57
201607	34	35	1,17	3,43
201608	34	15	0,50	1,47
201609	34	78	2,60	7,65
201610	34	100	3,33	9,80
201611	34	99	3,30	9,71
201612	34	80	2,67	7,84
201701	33	10	0,33	1,01
201702	33	40	1,33	4,04
201703	33	15	0,50	1,52
201704	33	27	0,90	2,73

Fonte: Dados do setor de Biometria da Secretaria Estadual de Saúde – SC

No sentido de identificar quais os motivos dos afastamentos por adoecimento mental, a análise ergonômica buscou verificar quais os fatores estariam relacionados ao sofrimento mental de uma enfermeira com diagnóstico de depressão e ansiedade generalizada.

A fim de desenvolver esta Análise Ergonômica do Trabalho AET, foram realizadas três visitas no local, durando aproximadamente 02 (duas) horas cada, totalizando 06 (seis) horas. Foram realizadas entrevistas com a enfermeira da pesquisa e com enfermeiras e técnicas que se encontravam de plantão. Foi questionado sobre os principais fatores que poderiam colocar em risco a integridade física e mental da profissional no exercício do trabalho, tais como fatores estressantes do local, relacionamento interpessoal das equipes, fatores psicossociais e organizacionais.

Quanto a Análise da Demanda, o levantamento possibilitou a identificação dos pontos críticos em termos ergonômicos, ou seja, a questão ergonômica pôde ser delimitada, permitindo associar o problema do sofrimento mental à sobrecarga emocional a qual as equipes são submetidas. Com isso se pode inferir sobre os principais fatores que estão ligados à sobrecarga emocional da profissional em questão:

Sobre a Análise da Tarefa da enfermeira, foi possível verificar que a sua principal atribuição era de coordenar a equipe de plantão. Desta forma, a enfermeira tem o papel de receber o serviço da enfermeira que sai de plantão, distribuir os pacientes internados e as atividades para as técnicas que entram de serviço, auxiliar quando necessário às tarefas das técnicas, além de realizar procedimentos administrativos diversos junto à chefia geral de enfermagem.

A equipe tem como atribuição manter a saúde e auxiliam no tratamento oncológico das crianças que variam em idade de 0 a 14 anos. As atividades da equipe de plantão vão desde a troca de roupa de cama, banho nos pacientes, higienização do ambiente, administração de medicação, apoio aos familiares e outras.

Quanto aos aspectos físicos, o local possui amplo espaço com aproximadamente (200m²), divididos em recepção, sala dos médicos, sala de preparo de medicamentos, sala de reuniões, copa, sala de descanso, (06) seis quartos com um total de (14) leitos, boa iluminação, cores harmônicas, temperatura controlada de aproximadamente (21°). Os quartos contem de três a duas macas de ferro com grades, sofás para acompanhantes e televisores particulares.

Figura 4 - Quarto de descanso da enfermagem



Fonte: Dados da pesquisa

4.1.1 Situações identificadas na Análise da Atividade

Depois de realizadas as visitas ao setor e entrevistar a enfermeira e colegas foi possível identificar os fatores que poderiam influenciar negativamente a qualidade do trabalho.

Assim, os problemas relacionados à participação da equipe nas tarefas poderiam influenciar 80% negativamente na qualidade do trabalho naquele plantão, em outras palavras, bastava haver algum problema na equipe relacionado as tarefa que a qualidade do serviço estaria comprometida em 80%. Em outro caso, se houvesse problemas na busca de acesso para a ministração de medicamento, o desgaste seria de apenas 30%.

Foi perguntado também se existia ou não, aspectos que poderiam influenciar negativamente a qualidade do trabalho, como a existência de sobrecarga física em alguma atividade, condições extremas de temperatura, lesões ou dores por esforço repetitivo nos processos de preparo das medicações, atendimentos nos leitos e fatores organizacionais como salários, excesso de trabalho, materiais inadequados e etc. e responderam que tais aspectos não causavam desconforto nem desgaste conforme o que pode ser visto no exemplo da figura 5, na localização da medicação em uma altura excessiva.

Figura 5 - Localização de medicação no armário



Fonte: Dados da pesquisa

Segundo as informações fornecidas pela enfermeira e colegas, foi possível concluir que os problemas de relacionamento nas equipes eram mais representativos e tendiam a se repetir nos plantões, havendo queixas de baixo rendimento de alguns profissionais, gerando descontentamento, acarretando insatisfação, sentimento de injustiça e perda na qualidade final do serviço.

A falta de comprometimento e de companheirismo obteve destaque por ocasião das entrevistas. As faltas ao serviço nas passagens dos plantões foi outro fator preocupante, pois segundo a enfermeira "[...] ao assumir o plantão é importante ter a equipe completa, pois cada técnico terá um número de pacientes a assumir". Quando ocorre a falta de algum componente, os profissionais presentes assumem o plantão e os pacientes são divididos pelos presentes.

Nessas situações há um estresse adicional ao serviço, pois cabe à enfermeira chefe de plantão acionar outro profissional para substituição, essa alternativa nem sempre é bem sucedida, tornando o plantão mais sobrecarregado, e quando existe algum caso grave com paciente, a enfermeira será responsável por este caso. Essas situações tornam o serviço mais cansativo e a equipe fica bem mais alerta, sendo observado um estado de tensão generalizada.

O desgaste no relacionamento com o paciente e familiar, especialmente a mãe, foi um fator que também mereceu destaque. O convívio com a finitude, ou seja, a morte antecipada

da criança, como é o caso do setor de hemoterapia oncológica pediátrica, torna o serviço mais penoso. Em média, de dez casos graves por mês, um termina em óbito.

No setor de hemoterapia oncológica, os casos de pacientes crônicos, que estão no setor há mais de três meses, é permitido ir para casa e quando se tornam instáveis retornam e já está grave, apenas necessitando de cuidados paliativos. Nesses momentos, “[...] o profissional faz o previsto, se coloca à disposição da família, sabendo que existem poucas chances e aguarda por um desfecho já esperado”. Os pacientes que entram no setor apresentando um quadro paliativo, a equipe, na maioria das vezes, já sabe que são os momentos finais.

O ruído provocado pelas bombas infusoras também foi objeto de queixas da maioria dos respondentes. As bombas infusora ou bombas de infusão são recursos práticos e imprescindíveis disponíveis em Unidade de Terapia Intensiva, Salas de Emergência e até mesmo em algumas ambulâncias modernas. Por meio dela, se pode administrar de maneira totalmente confiável as drogas, fármacos mais delicados e que precisam de mais atenção, de acordo com as vazões ou dosagem em mg/min ou ml/h.

O uso da bomba infusora é muito importante, infelizmente a inconveniência do equipamento está no excesso de vezes em que o alarme dispara. Os níveis de ruído em hospitais preconizados, tanto pelas normas nacionais quanto internacionais, são frequentemente excedidos (PHILIPS, 2006).

As enfermeiras se queixaram do excessivo número de vezes em que os alarmes disparam e que devido a isso elas levam o ruído para casa e o escutam durante o sono. O uso contínuo dos alarmes dos equipamentos hospitalares, conforme defendem Taffala e Evans (1997), pode causar distúrbios psicológicos e fisiológicos na equipe de plantão, tais como hipertensão, irritabilidade, perda auditiva, baixa concentração e dores musculares.

As bombas são indicadas para todo doente com prescrição de infusão de drogas vasoativas importantes, sedações contínuas, insulinas, soros de manutenção e reposição eletrolíticas, Nutrição parenteral prolongada ou Nutrição parenteral total, dietas enterais, antibioticoterapias rigorosas.

O equipamento opera ligado na rede elétrica, sendo que os enfermeiros e técnicos programam os parâmetros do equipamento como: volume e vazão de medicação a ser administrada, tempo e infusão, tem o sensor de gotas que é para evitar que entre ar quando acaba a medicação. Os alarmes podem ocorrer por problemas de funcionamento, vazamento de medicação, obstrução do fluxo ou pela necessidade de troca de medicação. O setor de oncologia possui 28 (vinte e oito) bombas, sendo duas para cada leito que quando instaladas alarmam a cada duas horas conforme pode ser visto na figura 6.

Figura 6 - Bombas infusoras



Fonte: Dados da pesquisa

Outro fator que obteve destaque foi relacionado à ministração de medicamentos com acesso venoso, aquele que necessita o uso de agulha e foi relatado que “[...] quando um plantão se inicia e existe a necessidade de puncionar uma criança (obter o acesso através de uma veia) que precisa receber hemoderivados e se sabe da necessidade de conseguir esse acesso, o plantão se torna tenso”. Tal fato se explica devido à criança com câncer apresentar maior fragilidade vascular comparada ao adulto, fato que dificulta as intervenções para acesso venoso. Instala-se no ambiente um estresse a mais, “[...] a mãe às vezes se sente fragilizada e tenta evitar o procedimento pedindo para chamar o médico, e na hora, a criança vai chorar, vai se esprear, mas o procedimento tem que ser feito. Tem casos em que a criança é furada dez vezes até conseguir”.

Os relatos são de “[...] o quanto é difícil manter-se neutro nessas condições e tem casos que a criança sofre tanto ou foi tão corajosa diante da situação que ao final todos estão esgotados tanto fisicamente quanto emocionalmente”.

4.2 A APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS DA ACT

Ao se concluir a Análise Coletiva do Trabalho (ACT) com as reuniões e entrevistas, foi possível verificar situações de trabalho das mais simples às mais sofisticadas. Particularidades do setor que poucos conheciam foram disponibilizadas para análise: a atividade realizada e o real da atividade; qual o olhar dos profissionais frente às diversas situações, as reações diante de situações extremas etc. Ao pesquisador coube conhecer essa

realidade nos seus mais íntimos detalhes, “como a função do médico que exige um conhecimento íntimo dos corpos humanos” (FERREIRA, 1993 p.8).

Desta forma, assim como um médico realiza a anamnese, foi necessário conhecer qual a Queixa Principal do paciente (QP)? Para o ergonomista: Qual a Demanda?

Assim, ficou estabelecido como demanda o sofrimento mental de profissionais de enfermagem em decorrência do trabalho e tendo em vista responder as perguntas da pesquisa, seguiu-se as etapas da técnica propostas por Bardin (2011, p.95).

Depois de executada as etapas da Análise de Conteúdo, foi possível selecionar as categorias conforme apresentadas abaixo:

1. O porquê dos problemas do Trabalho
2. Quanto ao sofrimento com a doença das crianças
3. Quanto aos motivos de sobrecarga do trabalho
4. Quanto a influenciar o trabalho com problemas pessoais
5. Quanto aos problemas das equipes

Essas categorias serão discutidas adiante juntamente com os resultados da Análise Ergonômica do Trabalho.

4.3 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS *MASLACH BURNOUT INVENTORY* MBI E *SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE* SRQ 20

Depois de aprovado o projeto submetido no comitê de ética foi possível aplicar os questionários de síndrome de burnout MBI e SRQ 20 nos 29 (vinte e nove) enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem do setor de oncologia. Desta forma, os dados foram então introduzidos e avaliados no programa *Statistical Package for Social Sciences 22* (SPSS).

4.3.1 Participantes

Os participantes foram predominantemente do sexo feminino e se constituíram de 23 (vinte e três) técnicos (as) de enfermagem e 06 (seis) enfermeiros (as), com idades entre 26 a 57 anos, com média de idades de 40 anos e um Desvio Padrão DP=8,67, sendo 27 do gênero feminino e dois do gênero masculino.

No que se refere ao turno de trabalho, se observou a predominância de 17 (dezessete) no turno diurno (58,6%) e 12 (doze) no noturno (41,4%) sendo que 06 (seis) profissionais

informaram trabalhar com duplo vínculo. O tempo de serviço variou entre 6 (seis) meses a 28 (vinte e oito) anos de serviço e a faixa de idade do grupo pode ser observada na Tabela 2:

Tabela 2 - Faixa de idade dos componentes do setor de oncologia

Faixa etária	Frequência	Porcentagem válida
18 a 30	5	17,2
31 a 40	7	24,1
41 a 50	13	44,8
51 a 60	4	13,7
Total	29	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 2 demonstra que a maior concentração dos (as) profissionais conforme a faixa de idade está entre 31 a 50 anos com 68,9%.

4.3.2 resultados referentes à síndrome de burnout

Este estudo se concentrou em 3 (três) elementos das subescalas do questionário *Maslach Burnout Inventory (MBI)* que são: exaustão emocional, despersonalização e Reduzida Realização Profissional, usados para medir o burnout. Fundamenta-se nas orientações de Nascimento, et al. (2012), que determina o número de assertivas, chegando a um total de 20 questões, assim distribuídas: 9 referentes a Exaustão Emocional - Questões 1, 2, 3, 6, 10, 11, 14, 19, 20; 4 referentes a Despersonalização - Questões 5, 12, 15, 18; 7 referentes a Reduzida Realização Profissional - Questões 4, 7, 8, 9, 13, 16, 17.

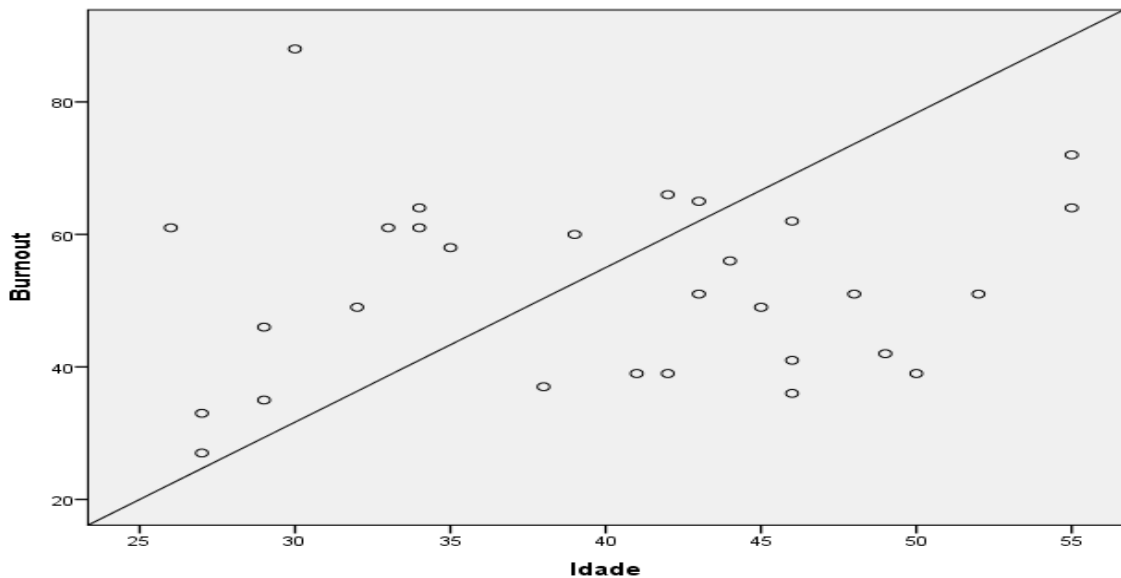
Tabela 3 - Frequência de burnout na equipe

	Burnout	EXAUSTAO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL
Válido	29	29	29	29
Ausente	0	0	0	0
Média	51,83	23,59	8,83	19,41

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 3 a média de burnout do pessoal foi de 51,83 (variação de 0 a 100) demonstrando que os níveis de burnout estão associados a instalação do burnout que vão de 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout. De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout. De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout. De 61 a 80 pontos: A Burnout começa a se instalar. De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase considerável da Burnout conforme previsto no anexo 5.

Gráfico 2 - Dispersão dos níveis de burnout e a idade



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 2 permite observar que a maioria dos respondentes está na faixa de 30 a 50 anos e os níveis de burnout estão entre 35 a 60. Esses dados demonstram que nessa faixa etária está a maioria das vítimas do burnout e pode estar relacionado ao fato de que os profissionais nessa fase da vida sofrem maior influência psicossocial, pois já tem uma família formada, são mais comprometidos com o trabalho e dependem da renda para sobreviver.

4.3.3 Resultados referentes ao questionário SRQ 20

O *Self Report Questionnaire* SRQ 20 foi respondido pelos 29 (vinte nove) membros da equipe de enfermagem do centro de oncologia pediátrica. Os índices de respostas positivas variaram de 0 (zero) a 16 (dezesseis) em um total de 20 (vinte) questões conforme pode ser visto no quadro 10.

Tabela 4 - Respostas positivas, frequência e porcentagem no questionário SRQ 20

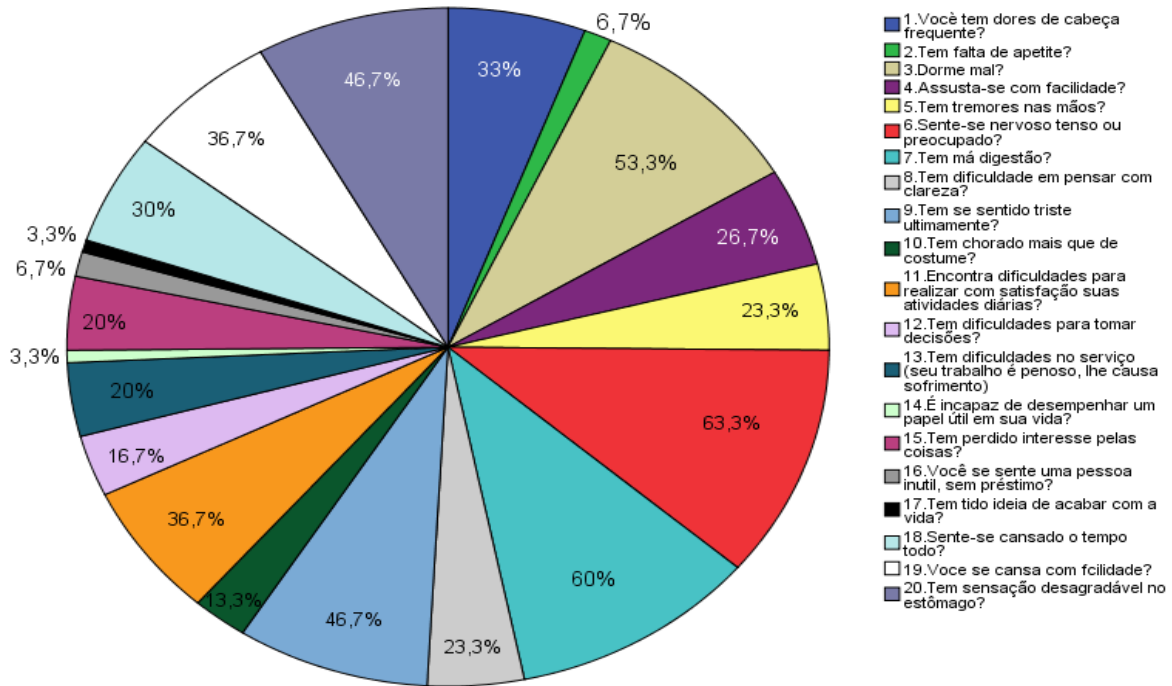
Respostas positivas	Frequência	Porcentagem
0	3	10,3
1	2	6,9
3	2	6,9
4	4	13,8
5	5	17,2
6	2	6,9
7	3	10,3
8	1	3,4
9	2	6,9
10	2	6,9
13	2	6,9
16	1	3,4
Total	29	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 4 demonstra a distribuição dos respondentes de acordo com a quantidade de respostas positivas. Nela é possível identificar que, do total dos profissionais 3 (três) não apresentaram nenhuma resposta positiva e 1 (um) apresentou 16 (dezesseis). Cabe destacar que, 11 (onze) ou 38% dos respondentes apresentaram índices acima de 7 (sete) que é considerado como sofrimento mental conforme prevê o ANEXO 6.

Por meio de análise estatística descritiva utilizando o *software* SPSS 22 calculou-se a frequência de cada variável elencada conforme as respostas positivas.

Gráfico 3 - Frequência das respostas positivas do SRQ 20



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 3 apresenta as frequências das respostas positivas ao instrumento SRQ-20. Nele é possível confirmar que sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, é uma característica comum a 63% dos respondentes com 18 (dezoito) indivíduos, seguido do fato de ter má digestão representando 60% dos respondentes (também 18 indivíduos,) e dorme mal (15 indivíduos), perfazendo 53,3% do total.

A Tabela 5 apresenta as respostas positivas ao questionário SRQ 20 com os respectivos percentuais para o fator I: Humor depressivo-ansioso, fator II: sintomas somáticos, fator III: decréscimo de energia vital e fator IV: pensamentos depressivos.

Tabela 5 - Respostas positivas dos profissionais em relação aos Fatores do SRQ20

Humor depressivo-ansioso	Percentual	Quantidade
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	63%	18
Assusta-se com facilidade?	26,7 %	8
Sente-se triste ultimamente?	46,7%	14
Você chora mais do que de costume?	13,3%	4

Sintomas somáticos

Tem dores de cabeça frequentemente?	33,3%	10
Você dorme mal?	53,3%	16
Você sente desconforto estomacal?	46,7%	14
Você tem má digestão?	60%	17
Você tem falta de apetite?	6,7%	2
Tem tremores nas mãos?	23,3%	7

Decréscimo de energia vital

Você se cansa com facilidade?	36,7%	11
Tem dificuldade em tomar decisão?	16,7%	5
Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	36,7%	11
O seu trabalho traz sofrimento?	20%	6
Sente-se cansado todo o tempo?	30%	9
Tem dificuldade de pensar claramente?	6,7%	2

Pensamentos depressivos

Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	3,3%	1
Tem perdido o interesse pelas coisas?	20%	6
Tem pensado em dar fim à sua vida?	3,3%	1
Sente-se inútil em sua vida?	6,7%	2

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 DISCUSSÃO

Depois de reunidos os dados primários e secundários obtidos por meio da literatura internacional e nacional, das visitas, das conversas sobre a rotina de trabalho, das reuniões, entrevistas e dos questionários foi possível concretizar a Análise Coletiva do Trabalho (ACT). A seguir estão reunidos e discutidos os achados das Análises Ergonômica e Coletiva do Trabalho.

O estudo evidenciou que além dos relatos de sofrimento mental os questionários *burnout* e principalmente *Self Report Questionnaire* SRQ 20 sugeriam esse sofrimento caracterizados por cansaço, exaustão e abalo emocional. Os dados revelaram que os profissionais do setor convivem em condições estressantes do ponto de vista psicossocial.

4.4.10 porquê dos problemas do trabalho

O ambiente de trabalho de enfermagem é movido por produtividade, qualidade de serviço, diferentes níveis de conhecimento, crenças e desigualdades. Além disso, existe a competitividade que é condição inerente ao ser humano e no caso do setor de oncologia tem gerado desgaste entre as profissionais.

Esses aspectos são destacados por Dejours (1992, p. 22) ao se referir sobre “o desenvolvimento desigual das forças produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho que culmina numa situação muito heterogênea”. Naquele tempo, Dejours já se preocupava em discutir mais profundamente as questões de saúde mental do trabalhador, pois o sofrimento psíquico permanecia praticamente não analisado.

Nos tempos modernos, setores preocupados com a crescente onda de estresse e sofrimento mental no ambiente de trabalho têm incentivado pesquisas que aprofundem esses temas. A Organização Mundial de Saúde tem incentivado empregadores e gerentes que tenham iniciativas no local de trabalho para promover a saúde mental.

O serviço de enfermagem tem como uma das principais características as frequentes intercorrências e, muitas vezes são associadas às dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelos profissionais, e Secco, et al., (2010 p.2) alegam que:

Uma vez que a atividade é pouco valorizada socialmente, apresenta remuneração insatisfatória, o que termina por obrigar os indivíduos a adequar horários, plantões, jornadas extenuantes, muitas vezes conciliadas com as responsabilidades domésticas, quando não com a dedicação aos estudos. Destaca-se que esse cenário fica agravado em decorrência do envelhecimento de contingente expressivo também dessa população, dada à transição demográfica vivenciada na estrutura populacional brasileira. É fato que, assim como o que vem ocorrendo em outras categorias profissionais, os trabalhadores de enfermagem igualmente passaram a ter a data da aposentadoria postergada em razão do panorama da Previdência Social no Brasil, e sofrem com expressivo desgaste físico e psíquico que a atividade requer.

Os resultados que os problemas no trabalho pode suscitar podem ser observados no relato da entrevistada 9 quando se queixa de alterações no sono, cansaço excessivo, ansiedade, estresse e o uso de medicação ansiolítica e depressiva como recursos para enfrentar os transtornos causados pela sobrecarga do trabalho.[...] “Quando saio de plantão e tenho que dobrar e assumir aqui tenho que acelerar mais para chegar aqui na hora e aí é estressante. Sempre tenho que chegar mais cedo lá para sair mais cedo e assumir o plantão aqui. Quando

eu chego aqui, já chego esgotada, vou tomar um banho e penso que será a última vez que irei dobrar plantão, pois é muito fatigante.

Durante as entrevistas, foi comum notar que as profissionais utilizavam aquele momento para relaxar um pouco e desabafar sobre o quanto se sentia absorvida pelo ambiente contagiado de pesar dos pais que acompanhavam seus filhos. Era possível notar ao ouvi-las que um pouco do estresse e da sobrecarga emocional eram aliviados. Segundo Dejours (2016), para se desenvolver habilidades que vão permitir superar as dificuldades que o paciente lhe impõe se faz necessário muitos anos de formação e outros de experiência. Dejours (2016, p.229) alega que:

É necessário então, ter a capacidade de suportar a experiência de fracasso. A resistência é o problema fundamental. Ela supõe, na realidade, que a subjetividade esteja engajada no trabalho não somente durante o tempo de trabalho, mas também fora dele. Quando, por exemplo, se passa um dia inteiro tentando resolver um problema e não se consegue fato comum em um doente em um serviço de medicina interna, em um serviço de psiquiatria, de gerontologia ou de oncologia infantil etc., e constatamos que os cuidadores não somente pensam no trabalho durante o tempo em que estão nele, mas continuam pensando no problema quando saem do trabalho.

O fato de que uma criança doente estaria sob os cuidados de uma técnica de enfermagem durante aquelas 12 horas e que qualquer erro ou agravamento do quadro seria de sua responsabilidade, tornava o plantão uma sobrecarga principalmente quando se tratava de “paciente grave”. As sensações de impotência diante de algumas situações, somadas as queixas e os momentos de desespero das mães, estão presentes na fala da entrevistada 14 [...] “um fator que me causa estresse é quando algum familiar questiona sobre a medicação que estamos usando. É como se eu tivesse usando a medicação errada, aí gera estresse. Quando eu passo por situações de estresse, sinto dor no ombro, na lombar e pernas. Aí o trabalho influencia sim, às vezes a gente sai daqui triste, chateada e leva tudo pra casa, como se estivesse aqui dentro. Tenho dificuldades em dormir quando uma criança morre. Eu fico arrasada pensando sobre o que eu poderia fazer; pela impotência”!

De fato os enfermeiros têm funções importantes, complexas e que lhe atribui à responsabilidade de tomadas de decisões que podem definir sobre a vida ou a morte de um paciente. Apesar disso, muitas vezes, passa despercebidos para o usuário, familiares e para alguns trabalhadores da área o quanto esse trabalho deve ser valorizado.

Os trabalhadores da saúde, conforme observaram Carreiro, et al. (2013, p. 147), muitas vezes convivem em situações de risco para sua saúde própria,

esquecidos tanto pelos gestores, que não se preocupam em cuidar dos seus cuidadores, como pelos próprios profissionais, que evitam o afastamento para evitar a perda salarial associado ao sentimento de não poder ficar doente por ser responsável pela saúde de outros.

Foi consenso para as equipes o quanto o trabalho é importante, e que havia a necessidade de valorização desse trabalho e que segundo relato da entrevistada 19, [...], "todos fazem mais do que devem. Se depender da gente ficar doente, nós só paramos se estivermos muito ruins. Dá pra notar quando alguém esta ficando doente. Hoje é um dia que estou me arrastando. O lidar com paciente grave é muito complicado, o profissional aqui tem que ter prazo de validade. Eu não sei se sair daqui seria uma boa opção, Eu entendo que eu tenho que continuar porque eu sou útil e porque eu preciso de um emprego".

4.4.2 O sofrimento com a doença das crianças

Conviver com uma criança doente é desgastante, ainda mais quando se trata de uma doença tão grave como o câncer. Alguns casos de pacientes acompanhados pelo setor, observados por ocasião da pesquisa e confirmados pelos entrevistados se estendem por meses e anos. A relação de afeto que esse convívio causa é inevitável e tem como efeito colateral a exacerbação do desgaste quando ocorre a perda desses pacientes.

Isso não é regra, alguns entrevistados relataram que conseguem separar bem o profissional do pessoal. O ser humano responde às situações de forma individual, cada um possui seu nível de tolerância a situações estressantes. Carreiro, et al., (2013, p. 153) consideram que "algumas situações que são facilmente assimiladas por um profissional, são perturbadoras para outro. Há ainda pequenos eventos do dia a dia que podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de sofrimento mental".

O trabalho realizado no setor de oncologia pediátrica, na opinião da entrevistada 3 [...] "é um trabalho que requer muita atenção, precisa estar sempre alerta com a criança, com o paciente, é um tipo de paciente que fica grave muito rápido. Então isso sobrecarrega muito a gente". Entrevistada 4 [...] "Eu tento chegar ali na portaria de serviço, bater o ponto "oncologia", sair bater o ponto "oncologia" e desligar. Trás consequência pra sua saúde pois o emocional fica abalado, até com isso acarreta dores essas coisas todas, porque tú fica pensando, comparando as crianças com os filhos também. Tem o antes e o pós né".

Ser forte e inabalável no setor pareceu ser condição de domínio da situação. As profissionais com mais tempo de serviço passaram essa impressão por ocasião das reuniões e

entrevistas, no entanto forma as que apresentaram maiores índices de *burnout* e sofrimento mental. A expressão do sofrimento, os sintomas psicopatológicos, a depressão na visão de Dejours e Bègue (2009, p. 16) “são invariavelmente convertidos em chacota e denunciados em bloco com tudo o que relevava da doença mental. O profissional devia esconder dos outros - à sua maneira - o sofrimento, uma espécie de *ethos* profissional”.

Esses profissionais são submetidos às cargas psíquicas, que dizem respeito ao estresse no trabalho, consequentes do ritmo e da intensidade empreendidos nos atendimentos em emergência, pelo convívio com o sofrimento e a morte, pela necessidade de manter o emprego. Essas cargas psíquicas sofridas terminam por possibilitar a emergência de doenças emocionais que repercutem expressivamente na vida do trabalhador (SECCO, et al., 2010).

O convívio com a morte parece ser importante fonte de estresse e sofrimento para os profissionais de enfermagem. “Apesar de fazer parte do seu cotidiano, observa-se que esses profissionais apresentam dificuldades para prestar cuidados ao paciente e interagir com seus familiares frente à possibilidade da morte, sendo esta geradora de reações e sentimentos causadores, muitas vezes, de sofrimento” (MOTA, et al., 2011, p. 130).

A entrevistada 12 sintetiza sua condição ao diz que [...]” Tenho dificuldades em lidar com os problemas daqui, principalmente as crianças, vou pra casa mal e quando chego no trabalho sei que irei ter um dia difícil. Provoca uma dor interna, um mal estar e aí eu busco ouvir música para aliviar. Quando estou mal eu choro e busco orar”;” já a Entrevistada 13 [...] “No início da carreira, quando eu entrei eu já fui pegando um óbito de cara, tem muitas crianças que quando vem para cá vem pra morrer mesmo, aí os cuidados são básicos, dar atenção pra família, à gente passa tudo com a família, não tem como não sofrer junto”.

A dificuldade em lidar com a morte da criança com câncer e apoiar sua família nos momentos de desespero e dor, segundo os relatos, provocavam sofrimento mental nos profissionais. Durante as visitas ao setor foi possível presenciar momentos assim. Um vazio no local, as aparências assinalando que aquele não era um bom dia para intervir. Na opinião de Lago e Codo (2013, p. 214), quaisquer profissionais que tenham como parte do seu ofício “o contato com a dor e o sofrimento pode sofrer de fadiga por compaixão que ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende”.

A fadiga por compaixão, conforme estudos de Barbosa, Souza e Moreira (2014, p. 315), pode ser observado nos profissionais em

lidar constantemente com morte e risco de morte, enfermos ou vitimados por situações traumáticas e podem ser contagiados pela dor e pelo sofrimento do outro, desenvolver problemas de saúde como burnout e estresse trazendo agravos à saúde física, psíquica e social do indivíduo.

Não eram todos que demonstravam abalo nos momentos de morte, alguns relataram que se seguravam durante o plantão mas quando chegava em casa desabavam e tinham que contar com o apoio do marido ou filhos. As entrevistadas 5 e 16 podem exemplificar bem esse estado: [...] “Eu tomo antidepressivo para suportar, isso me prejudica bastante, eu comparo muito com minha filha, depois que eu tive minha filha eu acabo me colocando mais no lugar das mães. Porque eu sou uma pessoa que me apego muito. Isso é pessoal meu e já tentei mudar e não consigo...” [...] ” Tenho bastante problemas em conviver com a rotina do trabalho, as mortes são motivo de maior sofrimento de minha parte. A sobrecarga física e principalmente a mental tornam o trabalho ser sempre tenso.

Uma das principais fragilidades das enfermeiras no lidar com a pressão do trabalho, na opinião de Poles e Bousso (2004, p. 16), se refere ao relacionamento e comunicação com a criança e família que vivenciam o processo de morrer. Além disso, elas identificaram que a falta de conteúdos específicos deste tipo de relacionamento e comunicação na formação da enfermeira é uma das justificativas para esta inabilidade.

4.4.3 Motivos de sobrecarga do trabalho

O tipo de trabalho com pacientes dependentes e frágeis, a pressão do tempo e os cortes de verbas, têm contribuído para que o trabalho dos enfermeiros seja mais estressante.

Além disso, a enfermagem é responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas. É o conjunto de trabalhadores que mais sofre com a inadequada condição de trabalho e com a insalubridade do ambiente (COSTA, VIEIRA e SENA, 2007 p. 39).

Os entrevistados demonstraram insatisfação quanto aos relacionamentos interpessoais, à sobrecarga de trabalho e aos fatores psicossociais e eles associam essas condições estressantes ao adoecimento do pessoal. Somado a isso, está o trabalho com oncologia infantil que irá provocar um aumento dessa sobrecarga, pois são crianças que vão desde a mais tenra idade até a adolescência. O abalo emocional dos profissionais pode ser observado no relato da entrevistada 1, que segundo ela [...]” tem que ter muita paciência, a gente tem vontade de tirar

o couro de alguém, mas às vezes se segura. É difícil falar, pois depende do dia, com quem tu tá. Da situação, mas geralmente, fica calada. A entrevistada 2 se referiu às frequentes mortes [...]” Eu trabalho aqui há 10 anos, no começo era pior, eu ia pra casa chorando, não conseguia lidar muito com a perda, nem com o sofrimento das crianças.

O fator sobrecarga emocional recebeu maior destaque sobre a sobrecarga física, Santana, et al. (2013, p. 68) entendem que nesse tipo de sobrecarga o desgaste geralmente está caracterizado por “supervisão estrita; ritmo acelerado; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; dificuldade na comunicação; agressão psíquica; fadiga; tensão; estresse e insatisfação”.

Assim, o ritmo acelerado imposto pelo serviço, segundo Costa, et al. (2000), decorre muitas vezes de necessidades financeiras e manutenção de um padrão social, fazendo com que o (a) trabalhador (a) estabeleça para si um ritmo rigoroso de atividades envolvendo os vínculos empregatícios e a vida doméstica, desta forma, propiciando o estresse. Os relatos da entrevistada 9 confirmam as dificuldades da dupla jornada. [...]” Quando eu saio de plantão chego em casa e durmo até umas 11hs acordo, almoço e a tarde vou resolver problemas. Quando saio de um plantão e tenho que assumir outro já chego esgotada”.

O envelhecimento do pessoal de enfermagem também foi relatado como problema para o serviço e faz parte da preocupação da chefia. A situação é agravada pelo fato de que muitos pareciam estar sofrendo desgaste não só em razão da atividade desenvolvida, mas também pelo acúmulo das tarefas domésticas, pelo estudo, pela dupla ou tripla jornada.

As entrevistadas com mais idade demonstraram mais controle e segurança ao falar sobre a rotina do setor e a influência em sua vida pessoal, no entanto relatos da entrevistada 17 diz o contrário [...]” realmente as mais antigas sofrem mais, tem o peso da idade e sente mais a sobrecarga do setor. O excessivo convívio com a oncologia pediátrica faz com que as profissionais somatizem mais as perdas e o sofrimento do setor. As mais jovens e com menos tempo aqui respondem melhor pois a ficha ainda não caiu”. No período em que a pesquisa foi realizada quatro técnicas foram substituídas a pedido e os índices de afastamento também reduziram, segundo informações da chefia.

Para Dejours (2016, p. 233), a sobrecarga é a principal fonte da eclosão dos distúrbios osteomusculares (LER/DORT), o *karoshi*, o *burnout*, e também a questão do *doping*. Ele diz que:

Para fazer frente à solidão, ao sofrimento no trabalho, a sobrecarga, ao medo, ao medo dos outros, mas também ao medo de não conseguir manter a cadência, as pessoas recorrem cada vez mais a substâncias psicoativas para manterem a performance. Começa com os calmantes, ansiolíticos, substâncias psicotrópicas em geral, para que não se adormeça, mantendo a hiperatividade. Há uma utilização cada

vez mais frequente de substâncias psicoativas que agravam as patologias de sobrecarga por que, finalmente, as pessoas vão tentar ir além do limite do corpo fisiológico e do que sua capacidade psíquica as permitiria fazer.

4.4.4 Influência do trabalho com problemas pessoais

O bom convívio em família tem servido de válvula de escape para muitos devido as excessivas demandas advindas do dia de trabalho. Muitas entrevistadas relataram que ao chegar em casa conversavam com seus cônjuges e conseguia aliviar as tensões do plantão. O problema é quando os problemas do trabalho se somam aos de casa. As privações financeiras, os problemas de saúde própria ou de familiar e a falta de apoio quando o assunto era a morte de alguma criança.

Os mecanismos de defesa mais utilizados pelos profissionais, nessas situações de conviver com a morte e ter que assimilar, é o da negação e o da evasão. Tal fato leva-os a evitar falar sobre o assunto, pois sofrem ao verem o sofrimento dos pacientes diante do processo de morrer e se sentem intensamente abalados quando os perdem (MOTA, et al., 2011 p. 131).

Esse sofrimento acaba muitas vezes sendo compartilhado com os familiares conforme pode ser observado nos relatos a seguir: Entrevistada 1[...]" A pessoa que mais observa é o meu marido, ele geralmente observa que eu não tô bem. Eu não consigo observar mas ele observa, ele sabe quando eu não estou bem, porque eu falo menos, converso menos, eu tô mais irritada" Entrevistada 3[...]" É difícil não desvincular. Aqui na oncologia é um tipo de criança que interna muitas vezes, tu conhece muito a família, aqui é uma extensão de tua família".

Diante da possibilidade humana da morte, os profissionais entendem que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos os que estão aos seus cuidados. No entanto há situações em que, "a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa, pois, o profissional sente que não foi capaz de salvar a vida que lhes foi confiada" (SOUZA; BOEME, 2005, p. 50).

Em alguns casos relatados, ocorreu o acúmulo da carga emocional devido a possibilidade de algum familiar poder passar por situação semelhante. Entrevistada 5 [...] " eu comparo muito com minha filha e me coloco no lugar das mães"...";" Entrevistada 12 [...] " Eu perdi a minha filha com câncer faz cinco anos. O trabalho influencia minha vida pessoal, devido a esse fato em minha vida isso mexe ainda muito comigo e eu não consigo esquecer...";" Entrevistada 13 [...] " Tem casos que nós levamos para casa e dividimos com a

família, o que mais abate é o sentimento de perda da família...”;" Entrevistada 14 [...]” O trabalho influencia sim, as vezes a gente sai daqui triste, chateada e leva tudo pra casa, como se estivesse aqui dentro. Fico pensando no caso e chego a demorar a dormir quando uma criança morre.

De fato, Mota, et al. (2011 p 131), ressaltam que muitos se fecham e utilizam esse mecanismo de defesa, “manifestando uma aparente insensibilidade e frieza, impedindo o profissional de crescer humana e profissionalmente, interferindo negativamente na sua forma de cuidar do paciente”. Entrevistada 1 [...]” Uma coisa que eu adotei, foi não criar muito vínculo com o paciente e com a família. Porque se não a gente acaba sofrendo muito...”;" Entrevistada 2 [...]” a gente tem que procurar dividir e separar pra que isso não interfira na nossa vida pessoal...”;" Entrevistada 4 [...]” Se tu se envolver emocionalmente, você não vai sentir no momento mas isso vai te pegando, vai te comento por dentro...”;" Entrevistada 5 [...]” É bem difícil e bem complicado, mas a pessoa que consegue filtrar, não se colocar no lugar, eu acho que consegue ficar mais tempo aqui sem ficar doente...”;" Entrevistada 6 [...]” “Eu não levo pra casa porque eu não tenho ainda esse apego ao setor...”;" [...]” Muitos profissionais não gostam de trabalhar com esse serviço. “Enquanto você aguentar, vai ficando aí quando não aguentar mais eles te tiram”.

Apesar da cultura de afastamento emocional ser comum na enfermagem, as dinâmicas de trabalho que visem aproximar o cliente e a família à equipe de saúde são estimuladas. Infelizmente, o distanciamento emocional é considerado como fator negativo embora muito empregado como forma de autodefesa, com isso alguns detalhes da evolução da doença são às vezes desvalorizados por esse distanciamento (SIQUEIRA, et al., 2006, p. 75).

Para Siqueira et al., (2006 p.76) o enfermeiro que proporciona um bom relacionamento com clientes e seus familiares consegue planejar um cuidado humanizado e, favorecido pela colaboração da família, “promove uma relação de confiança para a qualidade da assistência. Além disso, a longa permanência do paciente no hospital possibilita a criação de importantes vínculos, podendo contribuir nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas”.

4.4.5 Problemas nas equipes

Conforme entendimento de Dejour, (2016, p. 233) o homem moderno vive um ambiente do «cada um por si» de tal maneira que finalmente “o sucesso, a vitória do meu colega é ruim para o meu futuro. Se a avaliação individualizada de performance coloca em

concorrência todos contra todos, aquele que tem um bom resultado do meu lado, passa a ser uma ameaça para mim”.

Nesse contexto, um problema que recebeu especial atenção nas reuniões e entrevistas foi o de falta de cooperação nas equipes de plantão, que torna o serviço mais sobrecarregado gerando insatisfação e estresse em alguns casos. Malarewicz (2009, p. 38) diz que “todos, como pessoa, são mais facilmente vistos como responsáveis pelo seu próprio bem-estar. Cada um então arroga para si a possibilidade de reivindicar direitos que têm a peculiaridade de ser sempre legítimo e que ele considera ser mal respeitado ou desprezado”.

Ao dissertarem sobre carga de trabalho e estresse, Falson e Sauvagnac (2007 p. 141) alertam que

a sobrecarga e a geração de estresse nos ambientes de trabalho são de fato reais e que se deve combater a propensão de se buscar as causas em pessoas julgadas estressáveis ou estressantes, e que se deve observar a participação das organizações na geração dessa sobrecarga, as únicas capazes de explicar o caráter do sintoma do estresse.

Os problemas de estresse e insatisfação, gerados pela sobrecarga e pelos conflitos interpessoais nas equipes são corriqueiros, sendo motivo de queixa da maioria das entrevistadas. Com isso, as profissionais tendem a permanecer insatisfeitas e desmotivadas com o trabalho podendo comprometer o rendimento e a qualidade do serviço além de favorecer a escalada de insatisfação.

Os relatos evidenciam essa realidade e podem ser observados no a seguir: Entrevistada 1 [...]” Dependendo do dia e com quem tu tá de plantão_a situação piora. A falta ao serviço na oncologia..., se o funcionário pega atestado, se fica doente, fica complicado e a gente não tem um número curinga”. Entrevistada 2 [...]” Não ter a colaboração total dos colegas. Em relação às outras atividades que o setor demanda. Por exemplo: reposição de soro, limpeza da bancada, recolhimento do lixo hospitalar, buscar material, farmácia, as tarefas da unidade. Isso é o que mais me incomoda. “A impressão que eu fico é que fica sempre com os mesmos...;” Entrevistada 4 [...]”Eu tento não me incomodar durante os plantões, né. Às vezes abre as discussões por nada. Entre as colegas há falta de companheirismo, dependendo do plantão. “A unidade já é pesada em si e algumas pessoas são mais pesadas do que o plantão”.

Os conflitos podem encontrar sua origem na personalidade dos indivíduos segundo Abdeljalil, et al., (2015). Eles entendem que as origens são de ordem psicológica, têm fontes diferentes e geralmente iniciam fora da organização, se materializam de várias formas:

violência, ansiedade, depressão, agressão, frustração e têm em comum a longa duração de seus efeitos.

Quando ocorrem problemas de relacionamento, as equipes ficam fragilizadas, dificulta a tarefa da chefia em dominar o problema. Em alguns casos, se faz necessário à intervenção de profissionais especializados, a fim de solucionar esses problemas. “[...] As equipes sólidas são mais fortes não só por compartilharem as vitórias, como também para dividirem os resultados negativos e buscarem as soluções que possam reverter essa situação. Relacionamentos interpessoais éticos e gentis diminuem o individualismo, aumentam o comprometimento e a responsabilidade” (FONSECA, et al., 2016 p. 2).

Alguns comentários relacionados aos problemas nas equipes podem ser exemplificados: Entrevistada 10 [...]” a enfermagem tem um coisa muito estranha, ela rotula as pessoas, há comentários, o grande problema do rótulo é que causa conflitos...”;” Entrevistada 10...”;” Entrevistada 13 [...]” Quando a equipe não está coesa, tudo desanda. A enfermagem é desunida, uns acham que sabem mais e aí esses problemas são recorrentes. Geralmente, nessas condições o plantão vai ser difícil.

Na prática, Corradi, et al. (2008, p. 185) acreditam que o que ocorre na relação profissional entre enfermeiros na maioria das vezes está relacionado “à falta de comunicação que se caracteriza por mal entendidos, desconfianças, sentimentos de coerção, egoísmo, desrespeito e irritação mostrando diferenças individuais manifestas no ambiente de trabalho, em decorrência de mau relacionamento”.

Assim, ao analisar coletivamente o trabalho da equipe foi possível reunir as opiniões dos trabalhadores e compreender o trabalho real, se fundamentando nos relatos, ouvindo-se a fala dos trabalhadores sobre sua própria atividade em situação de trabalho.

4.4.6 Discussão sobre os questionários da síndrome de *burnout* e *Self Report Questttionaire 20*

Sobre o questionário *Maslach burnout inventory* MBI foi possível verificar na Tabela 3 que a média de burnout foi de 51,83 com graduação de 0 a 100 e mais de 50% dos respondentes está na faixa etária de 30 a 50 anos. Assim, esses valores revelam o início do burnout (41 a 60) conforme previsto no Anexo 5. Para se comparar as dimensões encontradas com os índices internacionais Fonte (2011, p. 34) constatou em sua pesquisa sobre as dimensões de burnout em diferentes países que os níveis médios de burnout pessoal variaram entre 38,4 nos enfermeiros distritais, 36,9 nos enfermeiros e 29,5 nos enfermeiros chefe.

Considerando que a média de burnout da equipe (51,83) supera a média mundial de burnout que é de 36,9, tal valor sugere que o burnout está presente no trabalho desses profissionais. Além disso, esses valores apoiam a questão que originou essa pesquisa que se baseia no sofrimento mental de profissionais em decorrência do trabalho.

Outro fato cabe destaque e diz respeito à faixa etária mais comprometida com o burnout (30 e 50 anos). Isso pode ser justificado pelo fato de profissionais com mais tempo de envolvimento com a rotina do setor absorver mais o sofrimento do paciente e dos familiares. Assim, a possibilidade de abalo emocional nesse grupo torna-se mais fácil, enquanto que os extremos, ou seja, os mais novos e aqueles que já estão no final de carreira se abalar menos. Os primeiros por não terem assimilado ainda a realidade do convívio com a sobrecarga do setor e os no final de carreira por vislumbrarem a aposentadoria.

Os dados da Tabela 3 demonstram haver altos índice de burnout na equipe e 11 (onze) dos 29 (vinte e nove) profissionais atingirem índices que variam de 61 a 88 de burnout considerados em fase de instalação e com indicação de acompanhamento médico conforme definido no Anexo 5.

Esses resultados ressaltam a importância de se estimular ambientes de trabalho positivos no sentido de reduzir os níveis de burnout e que haja uma política de valorização de profissionais de saúde nos ambientes hospitalares. Nedd (2006) destaca uma significativa relação entre o empoderamento coletivo e a rotatividade de enfermeiros. Achados de Laschinger, et al. (2009, p. 308) associam direta e indiretamente o empoderamento e o comprometimento à satisfação no trabalho. Seus resultados se somam a esse conhecimento, demonstrando o efeito positivo de trabalhar em contextos de trabalho nos quais os funcionários tratam uns aos outros com respeito e evitam comportamentos violentos.

Os dados contidos na Tabela 3, do questionário MBI, permitiram comparar as dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Reduzida Realização Profissional (RRP).

O aspecto Exaustão Emocional pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho e o valor alcançado foi de 23,59 sendo considerado médio. Fonte (2011, p.43) considera os valores para exaustão emocional como um nível de burnout elevado os valores ≥ 27 pontos, valores entre 19 e 26 pontos indicam níveis médios de burnout e valores ≤ 18 pontos correspondem a níveis de burnout baixos.

A Exaustão Emocional, segundo Fonte (2011, p. 19) se relaciona ao cansaço ou esgotamento emocional, que se caracteriza por uma perda contínua de energia, fadiga,

desgaste e/ou falta de recursos emocionais. É uma componente primordial da síndrome de burnout que pode ter consequências físicas e psicológicas.

O item Despersonalização pretende medir “respostas frias”, impessoais ou mesmo negativas; dirigidas para aqueles a quem prestam serviços com índice de 8,83 considerado igualmente médio. Quanto à despersonalização pontuações ≥ 10 pontos indicam níveis altos de burnout, valores entre 6 e 9 pontos apontam para níveis médios de burnout e valores ≤ 5 pontos indicam níveis baixos de burnout. Também conhecido como desumanização, na despersonalização o profissional tende a desenvolver atitudes negativas, irritação, cinismo e insensibilidade para com os usuários (doentes ou clientes).

Quanto a Realização Pessoal que é usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização o índice foi alto, de 19,41. Em relação à realização pessoal, a sua leitura é oposta às anteriores, isto é, valores ≥ 40 pontos indicam níveis baixos de burnout, valores entre 34 e 39 pontos revelam níveis médios de burnout e ≤ 33 pontos indicam níveis altos de burnout (FONTE, 2011, p. 34).

Na falta de realização profissional o indivíduo afetado avalia negativamente o seu desempenho profissional, percebe a falta de realização pessoal no seu trabalho, diminuindo deste modo as suas expectativas pessoais, o que conduz a um sentimento de inferioridade. Demonstra rejeição a si própria e das suas realizações pessoais, apresentando ainda sentimentos de fracasso e de baixa autoestima (FONTE, 2011, p. 20).

Assim, o que se conclui do questionário de Maslach burnout inventory MBI é que existem níveis médios de exaustão emocional e despersonalização na equipe do setor de oncologia, e existem níveis altos de falta de realização profissional. Tal fato justifica uma intervenção ergonômica, pois esse cenário se diferencia dos profissionais que “vivenciam prazer e estabelecem relações significativas com sua tarefa e com os colegas e chefias, que têm acesso às condições necessárias para que o trabalho seja fonte de prazer, mesmo que o sofrimento não esteja completamente ausente” (FIGUEIREDO; ELEVADO, 2013 p. 18).

Para entender os resultados do *Self Report Questionnaire SRQ 20* sobre o estado geral dos componentes da equipe de oncologia quanto ao sofrimento mental, a Tabela 8 mostra que sentir-se nervoso, tenso ou preocupado destacou-se com 63% dos respondentes com 18 (dezoito) indivíduos, seguido do fato de ter má digestão representando 60% dos respondentes (também 18 indivíduos,) e dorme mal (15 indivíduos), perfazendo 53,3% do total.

Na extração do fator I **Humor depressivo-ansioso** se destacou “Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” e “Sente-se triste ultimamente?” Esses resultados são relevantes e podem justificar a existência dos casos de depressão encontrados por ocasião da pesquisa.

Dejours (1994, p. 107) comenta que em situações com indivíduos novos na função ao conviverem com a insegurança e o medo diante da falta de domínio do trabalho, como é o caso do trabalho com o câncer infantil, pode ocorrer a descompensação. A descompensação aparece então como um quadro misto, associado à angústia, à irritabilidade e à depressão.

O fator II apresentou frequências maiores para questões relacionadas aos **Sintomas somáticos**. Dentre elas, as que se agruparam e se destacaram para a formação desse fator, por possuírem maior frequência, foram: “Você tem má digestão?” 60%, “Você dorme mal?” 53,3%, “Você sente desconforto estomacal?” 46,7%, “Tem dores de cabeça frequentemente?” 33,3%, “Tem tremores nas mãos?” 23,3%, Respectivamente.

Com a combinação dos fatores que receberam os maiores valores, Fator I e Fator II, Humor depressivo e Sintomas somáticos, pode se inferir que esteja havendo manifestações de problemas psicossomáticos em parte da equipe. Assim, Gouveia e Ávila (2010, p. 272) afirmam que o estresse, ansiedade e depressão, em determinados níveis rebaixam ou, em casos extremos, podem destruir as defesas imunológicas, agravando o quadro da patologia e fatores emocionais devem ser vistos como elementos que precipitam, contribuem e/ou exacerbam doenças orgânicas.

Para o **decréscimo de energia vital**, agrupado na formação do fator III, foi discriminado com maior frequência “Você se cansa com facilidade?” 36,7%, seguido com igual proporção pelas perguntas “Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?” 36,7% e “Sente-se cansado todo o tempo?” 30%. No fator IV, que descreve sintomas característicos de **pensamentos depressivos**, foi mais frequente a sinalização “Tem perdido o interesse pelas coisas?” 20%. Entre os fatores identificados na análise, o Fator II apresenta a maior adesão de respostas positivas significando que os sintomas somáticos estão entre os mais presentes na equipe.

Embora o Fator IV pensamentos depressivos não tenha apresentado resultados significantes, com apenas 6 (seis) respostas positivas para “Tem perdido o interesse pelas coisas?” 20% não significa que os respondentes não venham a evoluir nesse fator em decorrência de estarem com valores elevados em outros fatores predisponentes.

Assim, foi possível concluir as análises dos questionários *Maslach Burnout Inventory (MBI)* e o *Self Report Questionnaire (SRQ-20)* destacando que ambos corroboram com a ideia de que integrantes da equipe do centro de oncologia pediátrica podem estar apresentando *burnout* e sofrimento mental.

5. PRINCIPAIS ACHADOS E PROPOSTAS ERGONÔMICAS

O trabalho é um direito e necessidade de todo ser humano, e cabe ao poder público e privado definir estratégias concretas, visando proporcionar condições de trabalho dignas. De fato, nos últimos 20 anos, se pode observar que houve uma considerável evolução, tanto das leis quanto da saúde no trabalho, contudo é fato que o aumento populacional, o volume de veículos nas rodovias e outros fatores desses “tempos modernos” têm impactado exponencialmente a demanda de serviço em todos os setores.

Em respostas a essas mudanças, as ações de enfrentamento, pelo que se pode notar não têm obtido resultados satisfatórios ou não estão acontecendo, haja vista a superlotação e sobrecarga dos serviços de saúde. Para os profissionais de saúde essa realidade é comumente encontrada nos postos de saúde, nas unidades de pronto atendimento e nos hospitais, ambientes que combinam a insatisfação do usuário e o estresse dos profissionais.

Para que o trabalho não se torne uma fonte geradora de sofrimento mental, o mesmo deve representar para o sujeito possibilidades de realização profissional e pessoal. A partir do momento em que o trabalho perde essas significações, quando o trabalhador não visualiza um sentido para o trabalho, o mesmo compromete a integridade da sua saúde física e mental (DEJOURS,1992).

Os motivos encontrados na literatura e identificados por ocasião da pesquisa de campo considerados como predisponentes para o sofrimento mental foram: Sobrecarga física e emocional, Problemas de relacionamento nas equipes, Problemas pessoais, Baixos salários, Violência horizontal, Falta de adaptação ao setor, Falta de adaptação ao tipo de trabalho, Saúde própria, *Bulling*, Uso de Álcool e drogas, Convívio com a morte e risco de morte, Cobrança do trabalho e dos familiares, Faltas de colegas ao serviço, Falta de experiência técnica, Vínculo emocional com o paciente e os frequentes ruídos dos equipamentos somados ao ruído de choro e conversas.

Assim, para saber especificamente quais motivos influenciavam a saúde mental dos entrevistados foi realizada uma enquete na qual 100% dos respondentes confirmaram os problemas de relacionamento nas equipes, 100% em haver sobrecarga emocional com o convívio com a morte, 100% com os problemas com a família, 95% sobre os ruídos, 90% o trabalho específico com oncologia pediátrica e 70% com a violência horizontal, 20% referiu ao salário, 15% aos equipamentos e o ambiente físico 10%.

A partir dessa enquete, foi possível ao pesquisador reunir os principais achados e compreender o trabalho da equipe de enfermagem e a partir daí, buscar transformá-lo,

seguindo o que orienta Guérin (2001), ao dizer “ser necessário evitar desperdício de energia e inteligência para responder às exigências que dele demanda”.

Desta forma, foi possível dividir os principais achados com as respectivas propostas ergonômicas:

5.1 Quanto à ergonomia organizacional

Os problemas de relacionamento com as equipes e falta de companheirismo recebeu destaque pela maioria dos (as) entrevistados (as) como uma das principais causas de desgaste emocional no setor. Além disso, as faltas ao serviço e conseqüentemente à sobrecarga de trabalho com o desdobrar dos plantonistas em substituir o profissional faltoso também contribuíam para um quadro generalizado de irritação e desmotivação.

Em algumas visitas foi possível vivenciar momentos de geração de estresse quando uma profissional não chegava para assumir o plantão e a equipe estaria reduzida. Com isso, todos os presentes seriam sobrecarregados naquele serviço ao ter que assumir mais um paciente. Seriam doze horas de serviço com um paciente a mais para cuidar, mais uma mãe para ouvir, mais um acesso para conseguir, mais duas bombas para ouvir, ter que lidar com mais um caso grave e a possibilidade de mais um óbito no plantão.

Foi relatado que às vezes ocorre a falta ao trabalho nas equipes e dependendo da equipe, ocorrem exaltação e discussões sendo necessário às vezes “botar uns panos quentes e tentar apaziguar as coisas, o clima fica pesado”! Observou-se que os plantões se tornam complicados também ao se conviver com colega que é mal humorada, reclama de tudo, não colabora, é áspera nas respostas e alguns colegas negativos que influenciam o dia de trabalho de todos, às vezes realizando *bulling* com o colega que está começando.

No tocante a rotina estressante relacionada ao *Bulling* e da Violência Horizontal, vários respondentes se mostraram receosos em falar sobre o tema haja vista ainda haver “tabu” em se reconhecer tal prática entre adultos. Contudo, ao se explicar situações consideradas de *Bulling* e violência horizontal as respondentes confirmaram existir essa prática no setor.

Na enquete sobre os principais motivos de sofrimento mental 30% dos (as) entrevistados (as) responderam que existem sim situações de *Bulling* e os comentários agressivos, como por exemplo, sobre a imperícia de certos profissionais, de alguns colegas negativos que influenciam o dia de trabalho e que repetidamente fazem comentários desnecessários sobre os novos enfermeiros.

Como forma de se contornar esses problemas, foi observado que existem estratégias individuais adotadas no setor nas quais algumas profissionais buscam entender o comportamento das colegas e se preparar melhor para lidar com os pacientes e familiares de forma a poder conviver melhor com o trabalho. Evitam confrontos e situações penosas (com os pais, os chefes e colegas); procuram evitar levar problemas do trabalho para casa e quando estão no limite, algumas acabam faltando ou pedindo afastamentos do trabalho.

Uma maneira inteligente de se conviver com situações constrangedoras, vexatórias e humilhantes esta na experiência vivida por Victor Frankl (1984), em um dos campos de concentração de Auschwitz, durante a Segunda Guerra Mundial. Para ele, é possível, mesmo nas condições mais degradantes, lidar com as adversidades, aprender ajudando ao próximo e crescer como ser humano.

O resultado do convívio nessas situações extremas foi que elas podem ser convertidas em uma terapia do sentido da vida, ou “Logoterapia” (uma abordagem psicoterapêutica reconhecida internacionalmente e que se fundamenta empiricamente no sentido da vida). Mesmo em situações de assédio moral no trabalho, a violência horizontal e o *Bulling* há possibilidade de se obter resultados positivos de crescimento pessoal e profissional.

A Logoterapia permite ao homem a possibilidade da superação da existência humana para além da essência do sofrimento humano, considera a resiliência como um fator determinante na identificação e enfrentamento do sofrimento inerente à vida humana.

Outra questão emergente cada vez mais considerada como uma fonte de estresse entre profissionais de enfermagem é a violência verbal e física. Os atos violentos podem vir dos pacientes, familiares, outras enfermeiras e outros grupos profissionais. Estudos internacionais relatados nos EUA indicam que a violência e o assédio no local de trabalho são problemas significativos enfrentados diariamente pelos enfermeiros (CHANG, et al, 2005).

Uma abordagem que é incentivada por Rosenber (2006) é a Comunicação não violenta, que se baseia em quatro princípios: observação, sentimento, necessidade e pedido. A principal atitude diante do problema é observar de fato o que está acontecendo em determinada situação e ser capazes de articular se o que está acontecendo é enriquecedor ou não para nossa vida.

Ao se utilizar a comunicação não violenta em nossas interações com outras pessoas ou com um grupo, nos colocamos em nosso estado compassivo natural. Trata-se, portanto, de uma abordagem que se aplica de maneira eficaz a todos os níveis de comunicação e a diversas situações (ROSENBER, 2006, p. 27).

Os autores Chang, et al. (2005) sugerem que as redes sociais são importantes em tempos de mudança e incerteza no ambiente de trabalho: o local de trabalho pode proteger contra o burnout e sofrimento mental e ainda, o burnout pode ser prevenido pelo fomento das relações sociais no local de trabalho.

Outra questão que mereceu destaque trata dos recém-formados, Chang e Hancock (2003) recomendam que os chefes de unidade de enfermagem devam não apenas avaliar o impacto dos níveis de conflito de papéis e ambiguidade no ajuste dos enfermeiros ao seu papel, mas o impacto desses fatores no ambiente de trabalho dos recém-formados.

O serviço em oncologia pediátrica requer preparo técnico e emocional, a falta de adaptação à rotina do setor foi um fator considerado preocupante pelas equipes, pois o trabalho com crianças com câncer possui características marcantes e em algumas situações provoca o sofrimento dos profissionais. Algumas estratégias utilizadas pelas novas para não se abalarem emocionalmente é o isolamento e o não envolvimento com as situações mais estressantes.

Além disso, outros fatores contribuem para a postura defensiva dos novos enfermeiros, como a falta de emprego e as políticas de gestão de recursos humanos que afetam profundamente a socialização por meio do trabalho. A necessidade de se dominar um ofício, a busca pelo desenvolvimento da experiência no trabalho dá lugar à gestão cuidadosa de suas habilidades, a fim de garantir sua empregabilidade.

O desemprego é uma das consequências mais graves da crise econômica que chegou ao Brasil no segundo trimestre de 2014. Uma crise como esta, enfrentada pelo país, tem mudado o comportamento dos profissionais e das empresas. Varias empresas tem adotado políticas de redução de efetivo e as contratações são cada vez mais raras. Muitos profissionais passaram a conviver diariamente com a possibilidade da perda do emprego e tendem a se estressarem com mais facilidade.

Existem também os problemas de relacionamento com os colegas ditos “problemáticos”, que comprometem o plantão. O maior problema desses profissionais é quando eles se prevalecem de situações e desfavorece o paciente. Essa ocorrência é o suficiente para desequilibrar todo plantão, todos os envolvidos se abalam ao ver uma mãe insatisfeita, uma criança que passa a chorar mais e o ambiente se tornando mais estressante.

Durante a pesquisa, vários entrevistados se queixaram de situações em que colegas estressados tumultuavam o plantão, e em algumas situações optou-se pela substituição de profissionais que solicitaram sair do setor. Segundo a chefia foi uma boa alternativa que melhorou consideravelmente o ambiente.

Cabe destacar que a condição de estresse no trabalho é um fato real, e que segundo Falzon e Sauvagnac (2007, p. 142) “deve-se combater a propensão de buscar as causas desse estresse em fatores ligados às pessoas, julgadas estressáveis ou estressantes. Para eles, nesses casos lança-se o anátema sobre o indivíduo difundindo o mal e evita-se investigar as causas reais”.

Embora os conflitos interpessoais sejam tratados de forma simples e com conversa, uma estratégia sugerida para situações conflitantes é a mediação de conflitos constante na Cartilha de Mediação de Conflitos da OAB (2009, p.5). “É o procedimento não adversário em que uma pessoa imparcial auxilia a comunicação entre dois ou mais indivíduos em conflito por meio da utilização de determinadas técnicas, com o intuito de que as próprias pessoas resolvam o impasse de maneira consciente e voluntária”.

A mediação de conflitos é multidisciplinar e, por isso, beneficia-se de contribuições teóricas e técnicas advindas do Direito, da Psicologia, da Comunicação, da Sociologia, da Administração de Empresas, entre outras. Qualquer pessoa com capacidade técnica, legitimidade e habilidade pode exercer esta atividade. A maioria dos mediadores vem da área jurídica/advocacia, embora também atuem profissionais de outras áreas, como psicólogos, administradores, sociólogos, engenheiros, psicanalistas, assistentes sociais e outros (OAB, 2009).

Alternativas ergonômicas relacionadas ao pessoal estão na contratação de mais profissionais, na reciclagem das equipes com remanejamento de turnos e a análise de uma possível criação de equipes por afinidades, remanejamento de profissionais para outros setores a pedido, a capacitação de novos profissionais, a designação de um profissional encarregado de escrituração do setor, a contratação de maqueiro, a criação de escala de sobreaviso com um telefone para esse fim, a realização de dinâmicas de grupo com profissional especializado objetivando melhorar o relacionamento entre os profissionais.

Além disso, um programa de estímulo à variação nos relacionamentos por meio de rotatividade das equipes, a melhoria no controle das faltas ao serviço com avisos antecipados via *e-mails*, grupos de *whatsapp* e ligações para lembrança das escalas. A oferta de cursos de reciclagem e capacitação para as atividades mais complexas como é o caso das punções venosas e procedimentos que requeiram maior habilidade técnica poderiam tornar os plantões mais tranquilos.

Sobre a questão da técnica do acesso venoso que durante os procedimentos de quimioterapia se fazer necessário, somado ao fato da criança com câncer ter frágil integridade vascular. Essa situação causa sofrimento e choro para a criança e um clima de estresse que

contagia a todos. A criança com câncer tem fragilidade vascular, dificultando as intervenções para acesso venoso. A mãe às vezes se sente também fragilizada e tenta evitar o estresse pedindo para chamar o médico, e na hora há o choro da criança, ela se agita, mas o procedimento tem que ser feito. Em alguns casos o procedimento é realizado várias vezes requerendo do profissional muita calma e equilíbrio.

Foi notório durante as visitas ao setor que o sofrimento da criança durante os procedimentos para o acesso venoso causa comoção em todos, sendo que esse procedimento é comum no trabalho de enfermagem e existem profissionais mais hábeis nesta atividade. Com isso, se faz necessário uma seleção dos profissionais mais hábeis nessa tarefa e que as equipes sejam contempladas de pelo menos duas profissionais e, além disso, que essa técnica seja aprimorada para todos com a oferta de cursos de capacitação e reciclagem.

5.2 Quanto à ergonomia física

Um aspecto muito comentado foi sobre o incômodo das bombas infusoras utilizadas para quimioterapia e infusão medicamentosa. Esse equipamento tem a característica de permanecer no quarto junto ao paciente e também ser deslocadas em todo o setor e também para locais mais distantes como o centro cirúrgico, o centro de diagnóstico por imagem e UTI. Os alarmes são motivo de preocupação em cuidados críticos e nos procedimentos cirúrgicos, no entanto os frequentes alarmes geralmente não representam alterações reais, são incômodos para os profissionais e pacientes e também podem comprometer a segurança do paciente e a eficácia dos cuidados.

O uso de bombas inteligentes com a exibição integrada dos parâmetros clínicos e de funcionamento já é uma realidade e segundo Koch, et al.(2010), poderiam resolver esses problemas ao combinar informações e torná-las mais acessível. Os monitores de informações integrados podem facilitar o acesso a informações pertinentes para os enfermeiros, podem reduzir sua sobrecarga cognitiva, prevenir erros e danos associados aos pacientes.

Uma possibilidade a ser estudada seria a utilização de um dispositivo (micro processado) na bomba Infusora com emissão ultrassônica (sem ruído) ou rádio frequência para um relógio que seria usado como dispositivo para captação desse sinal, e ficaria com a enfermeira responsável pelo paciente monitorado que emitiria um sinal vibratório substituindo o alerta sonoro das bombas.

5.3 Quanto à ergonomia Cognitiva

O envolvimento emocional com o paciente e familiar é uma atividade inerente ao profissional de saúde, sem esse requisito a qualidade do trabalho estará comprometida. No entanto, dada às características da atividade desempenhada na oncologia pediátrica, alguns momentos vividos pelos profissionais, como é o caso da morte da criança, demanda maior preparo psicológico e espiritual.

Durante a pesquisa foi possível observar um momento em particular de estresse e sofrimento em uma situação em que a criança que se encontrava em isolamento, em um quadro gravíssimo, lutando pela vida junto à mãe, e do outro lado a enfermeira responsável em meio a essa situação. Podia ser visto a mesma se sentindo impotente sem poder fazer o “algo mais”, confessava sentir um forte incomodo e uma dor que lhe acompanhava inclusive no lar e nos momentos de descanso, se transformando em sofrimento que ia sendo guardado de forma silenciosa e cumulativa.

Essa peculiaridade foi compartilhada também por outras enfermeiras durante as reuniões. Para elas a espera da morte é o principal fator debilitante do setor, “é uma fase que não se tem o que fazer, a família fica na espera de um milagre, e por mais que o profissional tente se neutralizar, estará pensando no caso em casa, em qualquer ambiente estará repetindo aquele padrão e não tem tempo para digerir”.

Assim, torna-se importante o apoio da psicologia no setor tanto para os familiares quanto para os profissionais. Cabe destacar que durante as visitas e entrevistas realizadas não foi presenciado nem relatado ser comum a presença de tal profissional no setor, contudo as circunstâncias de morte de criança em situações semelhante a relatada anteriormente eram comuns. Para preparar melhor as profissionais para essa demanda, torna-se necessário a oferta de cursos sobre a morte e luto para as equipes e acompanhamento de profissional capacitado para tal.

A reação dos profissionais diante da morte do paciente pode ser simples para uns e muito impactante para outros, Falzon, (2007, p. 86) diz que “um tempo de exposição prolongado pode transformar condições toleráveis em condições extremas, ou mesmo intoleráveis e inversamente, um preparo adequado para certas situações pode fazer os limites recuarem”.

Com isso, as situações observadas e os relatos das enfermeiras revelaram a intensidade das relações interpessoais e as peculiaridades do trabalho expondo aspectos do trabalho que para muitos eram desconhecidos. Quando se explorava o tema que incluía situações de perda

e luto, o sentimento manifesto pelos (as) entrevistados (as) era o de pesar e dor e buscava-se evitar reviver as situações devido às mesmas resgatarem sentimentos já vividos. Para Guérin (2011), existe uma grande variedade de atividades dos profissionais necessárias para atender as exigências que estão no espaço mental:

A regulação dos incidentes, escolha de informações pertinentes, antecipação e controle das ações, raciocínios apropriados a cada momento e em função de eventos diversos. Permite compreender como essa atividade, não aparente, está na origem dos gestos, esforços, posturas, deslocamentos e comunicações manifestas. Evidenciam a maneira como ocorre a confrontação entre as características do trabalho e o funcionamento dos operadores, eles mesmos submetidos a transformações permanentes ao longo do tempo (GUÉRIN, 2011, p.192).

Além desses fatores, estão os conteúdos mentais de cada indivíduo, as frustrações por não poder alcançar as metas, os aspectos emocionais como medo, a tristeza de conviver com a terminalidade e o luto. Dentro deste contexto, Christophe Dejours e Florence Bègue (2009, p. 125) compartilham suas experiências sobre o sofrimento psíquico que pode levar o profissional ao suicídio:

Resistir no sofrimento indizível requer a mobilização defensiva de uma energia, pois o trabalhar - articulação entre trabalho psíquico e trabalho enquanto produção, mediada pela palavra nos coletivos e através da qual o humano se engendra humano desafiando a pulsão (natural) de morte tem sido gravemente aviltado pelos novos modelos de gestão, na medida em que estes modelos investem na competitividade em detrimento da cooperação.

Há ainda a questão da precariedade do emprego que submete o trabalhador a conviver sob a pressão da instabilidade e insegurança, que somados às exigências posturais, sensoriais, das manobras repetitivas, das solicitações visuais e auditivas, das atividades de antecipação e solicitação mental, tornam o trabalho muito mais penoso e estressante.

“Somos indivíduos complexos nas nossas reações diz Viorst (2008 p. 243), mas limitados em perceber essa complexidade. Vivemos de perder e abandonar, e de desistir. E mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor sofrimento, todos nós compreendemos que a perda é, sem dúvida, uma condição permanente da vida humana”.

As atividades das equipes de enfermagem, segundo Martin e Gadbois (2007, p. 522) estão submetidas a condições temporais que têm duas fontes essenciais. Há o caráter dinâmico do próprio objeto do trabalho: a evolução da doença e o processo de cura determinando uma cronologia precisa dos atos a efetuar, sujeitos a múltiplos imprevistos comuns a área, sendo que nesse caso a análise da atividade apoia-se sobre aspectos mentais de processos paralelos.

Há também a estrutura dos cuidados coletivos, no qual embora exista o trabalho isolado, um profissional necessita do outro, e nesse caso o hospital pode ser analisado como um sistema com indivíduos isolados, que realizam atividades em conjunto. Desta forma qualquer desequilíbrio nessa relação irá comprometer todo o sistema.

Nesse sentido, a colaboração nas atividades é fundamental, pois a harmonia do trabalho coletivo torna o ambiente mais agradável. No entanto, a falta de companheirismo, o mau humor e as reclamações frequentes no trabalho em grupo podem comprometer todo o trabalho, gerando insatisfação durante e após o plantão e desmotivando os profissionais na continuidade do trabalho.

Assim, para compreender esse trabalho e melhorá-lo na visão de Martin e Gadbois (2007, p. 523)

é necessário promover a redução dos constrangimentos sobre a carga mental e psíquica (erros, esquecimentos, tensão nervosa) intervindo em dois planos: por um lado procurar uma melhor harmonização dos relógios organizacionais dos diferentes membros das equipes e destas com os serviços funcionais do setor; por outro lado, agir no nível das condições da articulação entre as atividades de todos aqueles que intervêm no processo de atendimento ao usuário.

Um fator muito comentado nas reuniões e entrevistas foi à dificuldade em conviver com o paciente e a família, que vivem uma realidade dura, da doença grave e que também estão fragilizados, deprimidos, ansiosos, estressados e impotentes diante da dor do filho. Segundo relatos, “alguns familiares vêm acompanhando seus filhos sem ter parente nenhum aqui e o profissional responsável passa a ser o familiar, para ouvir as queixas e tristezas”.

Ter que conviver com a dor da criança com câncer e com os familiares é um dos principais motivos da reserva emocional relatado por praticamente todos os membros do setor. Devido aos inúmeros casos de óbito em oncologia é comum aos profissionais tentarem não se envolver e quando a criança morre a expressão que se ouviu foi de que “a gente desaba junto com a família, não adiantou nada fugir”. Tem casos em que a criança vai pra casa e quando retorna, volta pior. Os profissionais convivem com a criança às vezes desde recém-nascidos, a adolescência e a morte.

Em alguns casos, o profissional já se encontra ansioso, deprimido ou com outra doença e mesmo assim se mantém firme para não se prejudicar ou prejudicar o serviço. Uma entrevistada relatou que depois que a profissional entrou no setor começou a perder peso. Tal fato foi atribuído à pressão do setor, pois na hora do almoço não tinha apetite e assim acontecia quando estava em casa.

A profissional referiu não sofrer de ansiedade, mas que a rotina do trabalho ficava na cabeça, processando a rotina daquele dia de trabalho. Buscava uma válvula de escape para tentar sair dessa situação, mas o sentimento continuava preso. Ficava questionando o porquê daquilo. O que poderia ter feito ou o que poderia fazer.

Esse relato também foi ouvido por outras entrevistadas sendo que o problema de conviver com a morte e o luto, principalmente de crianças é uma das principais causas de sofrimento mental e do surgimento de doenças na equipe como é o caso da depressão, ansiedade generalizada, transtornos alimentares, estresse pós-traumático, somatização e outros.

Evitar o envolvimento emocional com a criança e com a família é uma estratégia comumente utilizada pela maioria das enfermeiras. Para elas, o quanto mais distante elas se encontrarem emocionalmente do paciente e dos familiares, mais fácil será o trabalho e o processo de assimilação da perda do paciente.

Buscar estratégias para minimizar aos efeitos do estresse e da sobrecarga do trabalho é comum no setor. Algumas entrevistadas relataram praticar esporte, lazer, estudar e aproveitar a folga para descansar. Em seu estudo com enfermeiras japonesas, Lambert, et al. (2004) descobriram que havia uma correlação positiva entre saúde física e mental.

Embora as relações causais não possam ser demonstradas, Lambert, et al. (2004) em seus achados apoiam a hipótese de que um aumento na carga de trabalho afeta o bem-estar físico dos enfermeiros. Eles também descobriram que a falta de apoio e o uso da evitação e de fuga como mecanismos de enfrentamento não eram úteis em termos de manutenção da saúde mental. Os autores sugerem que lidar com eventos estressantes em vez de evitá-los e fornecer apoio dentro do local de trabalho é uma forma importante de melhorar a saúde mental e, portanto, lidar com o estresse no papel do enfermeiro.

Durante a pesquisa de Sales e D'Artibale (2011), realizada nos cuidados paliativos ao doente com câncer e sua família, foi notado que os familiares sentiam a necessidade de expressar seus sentimentos diante da dor e foi observado que, apesar do envolvimento afetivo com esses familiares, os profissionais não se situavam de forma plena e necessária àquela situação.

Desta forma, é preciso repensar a condição de cuidar na terminalidade da vida, pois nesta temporalidade vivida com pessoas sensibilizadas é possível proporcionar a cada plantão um bálsamo para a dor e a angústia presentes no seu cotidiano ante a presença incômoda e dolorosa da morte. Para isso, torna-se necessário focar na humanização da assistência em saúde, assegurando condições para a expressão da liberdade e da criatividade do familiar,

como também favorecer sua atuação reflexiva e conscientizá-lo de que a vida é feita de momentos felizes e tristes.

Uma questão que foi levantada durante as reuniões e entrevistas foi a do uso de álcool e drogas que vem se acentuando no ambiente da enfermagem. Embora o estresse, a ansiedade e a depressão possam levar alguns a beber, os efeitos metabólicos do álcool muitas vezes simplesmente agravam estas condições, após uma breve euforia.

As pessoas que recorrem ao álcool como um paliativo emocional o fazem na maioria das vezes mais para diminuir a ansiedade do que por motivo de depressão; um tipo inteiramente diferente de drogas alivia as sensações das pessoas deprimidas, pelo menos temporariamente (GOLEMAN, 2005, p. 305).

Apesar dos relatos demonstrarem não haver uso de álcool e drogas por profissionais do setor, os achados na literatura diz o contrário. Nos casos em que for observado profissionais que usem o álcool e as drogas, grupos de apoio ao colega podem ser utilizados como estratégia para monitorar as que apresentem mudanças de comportamento como mudanças de humor, apatia, falta de apetite e de rendimento no trabalho.

Para melhor enfrentar essas condições, torna-se necessário prestar mais atenção na eliminação de atos inseguros, que são mais influentes na saúde mental e causam sofrimento e adoecimento mental. Em um esforço para resolver esse problema, esta pesquisa propõe a adoção de comportamentos seguros.

Com base no que foi desenvolvido por Shin et al. (2014), os comportamentos seguros são adotados quando são estabelecidas estratégias em que, uma vez que o trabalhador percebe os riscos por meio da identificação de situações de estresse, insegurança, sobrecarga e abalo emocional, passa a estabelecer sua atitude de segurança com base nos riscos percebidos.

Aplicando o estudo de Shin, et al. (2014) à pesquisa com a equipe do centro de oncologia, acredita-se que o enfermeiro, ao observar que está sob risco de adoecimento, decide tomar algumas decisões, com base na atitude estabelecida como segura. Com essa intenção específica, o trabalhador atuará e, em seguida, deverá encontrar o resultado das ações. Por fim, o resultado torna-se uma importante fonte de percepção de risco do trabalhador, que forma um ciclo de retroalimentação (ou seja, percepção de risco, atitude de segurança, comportamento de intenção, percepção de risco de resultado). Esse *feedback* é a chave para entender o processo mental de um trabalhador para um comportamento seguro e assim evitar que ele venha a ficar susceptível ao adoecimento.

Um ponto chave para que isso aconteça é o sentimento de satisfação do trabalho. Sentir-se bem é uma condição *sine qua non*, sendo o bem-estar um pré-requisito importante para a saúde mental e para o funcionamento do trabalho dos enfermeiros. Da mesma forma, Bolier, et al. (2014) examinaram a eficácia de um módulo de vigilância da saúde dos trabalhadores que oferece triagem, *feedback* adaptado e intervenções positivas *on-line* voltadas para queixas de saúde mental.

Com isso, promover a vigilância da saúde dos trabalhadores é uma estratégia importante e a manutenção de ações preventivas para identificação e tratamento de queixas de saúde mental pode reduzir significativamente o adoecimento e o afastamento de profissionais. O estudo de Bolier, et al. (2014) mostrou que o programa de vigilância de saúde de trabalhadores é capaz de melhorar a saúde significativamente e, em particular, o bem-estar psicológico.

O apoio psicológico nesse processo é muito importante, haja vista que uma das características do trabalho do psicólogo hospitalar refere-se ao atendimento aos usuários e a seus familiares, especialmente em casos de terminalidade e morte. Além disso, o psicólogo também atua junto aos outros profissionais no sentido de uma participação ativa na definição de procedimentos e tratamentos a serem realizados (SCHMIDT, et al., 2011, p. 425).

A psicologia hospitalar tem como objeto de trabalho, segundo Medeiros e Lustosa (2011), não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos. Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Discutir questões como a morte e o luto na formação do profissional de enfermagem deve ser prioridade para as instituições de ensino na opinião de Salum, et al. (2017 p.529). Para os autores “as ações e interações suscitadas no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer e a maneira como os enfermeiros respondem aos desafios de sua atuação profissional são primordiais”. Os profissionais acabam por construir vínculo com o paciente e família como estratégias de enfrentamento no processo de tratamento e da possibilidade da morte e alguns associam esse vínculo ao seu sofrimento.

Assim, os enfermeiros no entendimento de Desrochers e Alderson (2014, p. 94), têm uma responsabilidade fundamental na gestão de sua saúde mental assim como os gerentes do sistema de saúde. Para os autores “o aprofundamento do vínculo entre os sofrimentos

vivenciados no trabalho e a saúde mental do enfermeiro é um passo para a gestão ideal das realidades do ambiente de trabalho da enfermagem”.

Molinier e Flottes (2012, p 55) ao abordarem a questão do sofrimento defendem que:

A descoberta mais importante da psicodinâmica do trabalho é que as pessoas não sofrem passivamente o sofrimento gerado pelas restrições da organização do trabalho; quando não conseguem transformá-lo pela imaginação, astúcia ou sublimação, o proibem dirigindo seus modos de pensar e agir, de modo a evitar, tanto quanto possível, a percepção do que os faz sofrer. Essas estratégias de defesa não interferem no mundo real e, em particular, não transformam riscos ou restrições; eles agem por meios simbólicos, como, em particular, a ocultação, a eufemização, a evitação e a racionalização que modificam os afetos e estados mentais.

Assim, Dejours (2001 p. 135), entende que “os trabalhadores reagem psiquicamente, elaborando estratégias de defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e da colaboração no agravamento da adversidade. Essa reação, se bem que psicológica, tem profundas consequências sociais, enquanto implica, na aceitação e até no uso da ameaça como modo de gestão”.

Por isso, uma nova concepção de gestão no ambiente hospitalar deve ser incentivada por meio da aproximação dos gestores e chefes de turmas com os componentes das equipes com ações pontuais. O problema do impacto das perdas de pacientes, por exemplo, deve ser enfrentado de forma efetiva. Segundo Souza, et al (2007), é nesse aspecto que o trabalho da psicologia hospitalar se insere e se organiza, propiciando apoio adequado e especializado, “além de um reforço dos vínculos e da rede de apoio familiar, para que a superação do luto possa ser mais provável e menos ‘devastadora’, evitando, dessa forma, o luto patológico e suas previsíveis consequências físicas e emocionais”.

Algumas estratégias para monitorar casos de sobrecarga, estresse, fadiga e outros fatores já podem ser utilizadas pelos gestores em tempo real ou em projeções futuras. Sant’ana, et al. (2019) apresentaram um recurso que auxilia os gestores a acompanhar a dinâmica da evolução do estresse dentro das equipes. Assim, o modelo desenvolvido disponibiliza ao gestor uma ferramenta que permite acompanhar de forma dinâmica as demandas do setor, apresentando o quadro atual, simulando situações futuras como os efeitos na redução ou contratação de pessoal, o controle das folgas, a distribuição de tarefas de forma igualitária e as variações dos níveis de estresse conforme as suas decisões.

Para o gestor, o ambiente de trabalho equilibrado mental e emocionalmente parece ser uma das suas maiores vantagens, haja vista o incremento do estresse nos últimos anos. De fato, trabalhar o desenvolvimento sócio emocional na empresa por meio de atitudes e valores

contribui para criar uma consciência da coletividade e juntos, os chefes e colaboradores solucionarem os diversos problemas que possam ocorrer.

A Inteligência Emocional ou *soft skills* é uma habilidade a ser perseguida pelos chefes e segundo Silva, et al. (2016), está relacionada com Inteligência Social, sendo criada para contrapor a inteligência intelectual e está presente não só na Administração, mas também na Psicologia e foi popularizada em 1996 por Daniel Goleman. As habilidades que devem ser desenvolvidas são: autoconhecimento emocional, controle emocional, automotivação, empatia e desenvolver relacionamentos interpessoais (habilidades sociais).

Para Goleman (2005, p.88) manter o controle sobre as emoções que nos afligem é fundamental para o bem-estar; os extremos das emoções que vêm de forma intensa e que permanecem em nós por muito tempo minam nossa estabilidade. A capacidade de manter o autocontrole, de suportar as diversas pressões emocionais que o dia a dia nos impõe torna-se uma virtude que diferencia o bom profissional dos demais.

Assim, o ambiente hospitalar que tem por finalidade cuidar da saúde deve ser harmonioso, calmo e equilibrado oferecendo ao usuário o melhor serviço, e principalmente os profissionais que cuidam de pessoas sensíveis, debilitadas e carentes devem ser bem preparados e apoiados pelos gestores para que a atividade fim seja oferecida adequadamente.

A seguir, na tabela 6 estão resumidos os principais achados, estratégias e propostas ergonômicas.

Tabela 6: Resumo dos principais achados, estratégias e propostas ergonômicas.

ACHADOS	ESTRATÉGIAS	PROPOSTAS ERGONÔMICAS
Faltas aos plantões	Relevar o problema; Evitar confrontos Evitar levar o problema para casa	Criar escala de sobreaviso e monitorar a escala via whatsapp Remanejamento de pessoal Contratação de pessoa
<i>Bulling</i> e violência horizontal	Quando notado busca contorna-lo	Mediação de conflitos Valorizar capital psicológico Logoterapia – sentido da vida Comunicação não violenta
Falta de adaptação ao serviço	Isolamento; Não envolvimento Afastamento	Melhor acolhida dos novos Acompanhamento Melhor preparo profissional
Colegas problemáticos	Isolamento Remanejamento	Troca de turnos Acompanhamento e orientação Remanejamento
Bombas infusoras	Não há	Bombas inteligentes Reunir as informações em um centro de controle

Envolvimento emocional	Evitação pela maioria	Redução da sobrecarga emocional Ação de assistente social Apoio psicológico Valorizar o capital psicológico Curso de perdas e luto Introdução do tema na graduação
Álcool e drogas	Não há	Identificar os casos que possam existir, acompanhar e encaminhar para tratamento.
*Sofrimento e adoecimento mental	Absenteísmo e Afastamento	Acompanhamento dos casos Grupos de colegas solidárias Comportamento seguro Apoio Psicológico Hard e soft Skills – Equilíbrio emocional
Evasão profissional	Não há	Acompanhar os casos pelo RH Acolhimento dos novos Orientação profissional Remanejamento

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 Limitações do estudo

Apesar da quantidade de informações que essa pesquisa obteve, a investigação apresentou algumas limitações nos seguintes aspectos: i) disponibilidade de informações; ii) tempo gasto com procedimentos para liberação da pesquisa e iii) disponibilidade do pessoal para as entrevistas e reuniões.

As primeiras informações sobre absenteísmo no local investigado foram obtidas no setor de biometria da Secretaria de Saúde, contudo ao ser solicitado atualizações sobre os afastamentos de profissionais do setor, não se obteve mais retorno até o fim da pesquisa.

Por esse e outros aspectos que envolvem questões éticas, não foram levantadas questões sobre o adoecimento do pessoal. Sobre o número de participantes, cabe destacar que embora a amostra, seja de 29 (vinte e nove) indivíduos, considerada pequena, representa a totalidade de indivíduos que trabalharam no setor durante o período de agosto de 2017 a agosto de 2019.

Devido ao fato da demanda da pesquisa (sofrimento mental) ser considerada de caráter cognitivo, a pesquisa não se aprofundou nas questões da ergonomia organizacional e física, contudo tais questões foram abordadas por ocasião da realização da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) como já foi comentado anteriormente.

As questões burocráticas realizadas junto aos comitês de ética da UFSC e da instituição coparticipante ocasionaram dificuldades na evolução dos trabalhos, haja vista obrigar o pesquisador a refazer todo o processo junto à Plataforma Brasil devido a Plataforma não ter conseguido transferir o processo aprovado no comitê da UFSC para a instituição coparticipante, atrasando a pesquisa em seis meses.

Finalmente, devido à pesquisa ter sido desenvolvida em um local que as equipes se revezavam em plantões de 12 horas, e em respeito aos períodos de folga dos profissionais, a pesquisa foi realizada em sua maioria no local de trabalho e nos momentos em que o setor se encontrava mais tranquilo, conforme exigência da instituição.

6. CONCLUSÃO

As condições de envolvimento emocional proporcionadas pelos plantões e o convívio com o sofrimento, a dor da criança com câncer e o desespero dos familiares foram citados como um dos principais motivos de sofrimento mental para os participantes da pesquisa. Outros fatores também contribuem para tal, como é o caso dos problemas de relacionamentos interpessoais, a violência horizontal e o *bullying*.

Como evidencia, foi possível verificar que os profissionais de enfermagem em oncologia pediátrica tentam manter a neutralidade, mas por terem que conviver durante meses ou até anos com as crianças doentes e seus familiares, acabam por desenvolver uma forte relação afetiva. O processo de tratamento em oncologia, além de ser penoso e demorado, em muitos casos tem o desfecho com a morte da criança. Nesses momentos, em especial, ocorre a maior carga emocional, causando sofrimento na família e nos profissionais que estão acompanhando o tratamento.

Assim, é fundamental nessas ocasiões o apoio psicológico tanto para os familiares quanto para os profissionais. Estratégias de valorização o capital psicológico da equipe e acompanhamento profissional para aqueles que apresentarem alguma alteração comportamental são fundamentais. Existe também a questão dos relacionamentos, e a mediação de possíveis conflitos se faz necessária, pois a forma como um profissional se relaciona com os demais, afeta positiva ou negativamente toda a equipe podendo influenciar também o ambiente e a evolução dos tratamentos.

Ainda sobre o sofrimento mental dos profissionais, torna-se necessário um melhor preparo profissional para o convívio com a morte. Nesse sentido, cabe às escolas de formação incluir em seus currículos disciplinas de psicologia em enfermagem para que quando solicitados, possam lidar melhor com a finitude, e assim apoiar os familiares nos momentos da morte do seu ente querido.

Sobre a questão dos problemas pessoais relacionados ao trabalho, eles foram apontados como fonte de sofrimento e dor e contribuem para a insatisfação, a desmotivação e o adoecimento. Para muitos, é quase impossível evitar que os problemas que ocorram na vida pessoal venham interferir no trabalho e vice-versa. Contudo, isso não deve ser tratado com indiferença, mas que esses problemas devam ser identificados e acompanhados.

O clima organizacional influencia diretamente o comportamento dos profissionais e pode transformar o ambiente de trabalho melhorando ou piorando a qualidade do serviço. Assim, aos gestores cabe a adoção de estratégias baseadas em experiências positivas no

sentido de promover um ambiente de trabalho saudável que esteja à altura dos serviços prestados pelos profissionais do setor.

Os resultados dos questionários *Maslach Burnout Inventory* e *Self Report Questionnaire* que apresentaram valores sugestivos de instalação de burnout e sofrimento mental, também apresentaram índices consideráveis em alguns indivíduos. Esses resultados, quando comparados com os índices de referência mundial demonstram que há sim sofrimento mental na equipe e que se faz necessário uma intervenção profissional.

Como forma de aprofundar a questão do sofrimento mental no trabalho da enfermagem, sugere-se que novas pesquisas sejam incentivadas como é o caso dos profissionais de enfermagem em início de carreira e também os mais antigos que apresentaram menores níveis de burnout conforme observado no resultado do questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Investigações mais profundas sobre a questão das causas dos problemas de relacionamento interpessoal no trabalho de enfermagem, o aprofundamento da questão do preparo profissional na formação do enfermeiro e do técnico no tocante ao enfrentamento da morte e luto. Há ainda a questão dos equipamentos como é o caso das inconvenientes bombas infusoras, que causam ruídos, incômodos e que influenciam consideravelmente os plantões.

Outro tema que merece atenção diz respeito ao incentivo às ações que visam melhorar o acolhimento e adaptação dos novos profissionais e evitar com isso as evasões, estimulando às ações de valorização da categoria e o empoderamento dos profissionais de enfermagem.

Finalmente, aos pesquisadores torna-se importante estudar mais profundamente o trabalho dos profissionais de enfermagem, pois esses profissionais, além de realizarem o serviço de saúde junto à população, possuem um caráter extremamente humano e intenso devido a sua peculiaridade que é o contato direto com a dor e o sofrimento do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABERGO. **O que é ergonomia**. 2019. Disponível em: http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia
- ABRANTES, José. **A Ergonomia Cognitiva e as Inteligências Múltiplas**. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia 2011. Disponível em: <http://www.aedbaja.aedb.br/seget/artigos11/55314676.pdf>
- ALVES, A.R.A. **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. Fortaleza, 1995. 74p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid=S0104-1169200000050000700001&lng=en
- ARAÚJO, Tania. Mara. AQUINO, Estela. MENEZES, Greice. SANTOS, Cristiane. Oliveira. AGUIAR, Lia. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem**. Rev Saúde Pública 2003;37(4):424-33. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2062.pdf>
- AMARAL, Maria. Aparecida. SOUZA, Flavia. Rodrigues. BRANDÃO, Rock. Kleyber. Silva. TIOLA, Fabricia. Pires. Souza. FERREIRA, Lindomar. Batista. **Estresse Ocupacional: Um Estudo das Relações de Trabalho do Centro Municipal de Saúde de Iúna/Es. X SEGET – Simpósio de Gestão em tecnologia**, 2013. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/29918346.pdf>.
- AMARO, Ana. Nardine. Canada. **Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses**. Dissertação de mestrado. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Integrativa. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Lisboa 2016. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29264/1/ulfpie051946_tm.pdf.
- MEALER, Meredith, MOSS M, GOOD V, GOZAL D, KLEINPELL R, SESSLER C. **What is Burnout Syndrome (BOS)?** Am J Respir Crit Care Med. 2016 Jul 1;194(1):P1-2. doi: 10.1164/rccm.1941P1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27367895>
- AZEREDO, Nára. Selaimen. ROCHA, Cristianne. Famer. CARVALHO, Paulo. Roberto. Antonacci. **O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina**. Rev. Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro, 35 (1), p. 37-43. 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- BARBOSA, Silvânia da Cruz; SOUZA, Sandra e MOREIRA, Jansen Souza. **A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares**. Rev. Psicol., Organ. Trab. [online]. 2014, vol.14, n.3 [citado 2020-02-07], pp. 315-323. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1984-6657

BARDIN, Laurence. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

_____ **Ánálise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BARDIN Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERNAUD, Jean. Luc. LEMOINE, Claude. **Traité de psychologie du travail et des organisations**. 3e édition entièrement revue et augmentée. Dunod, Paris, 2012 ISBN 978-2-10-057689-0. Disponível em: <https://www.cairn.info/traite-de-psychologie-du-travail--9782100576890.htm>

CÂMARA, Rosana. Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>

CARREIRO, Gisele. Santana. Pereira. FILHA, Maria. Oliveira. Ferreira. LAZARTE, Rolando. SILVA, Antônio. Oliveira. DIAS, Maria. Djair. **O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a17.pdf>

CARVALHO, Gerusa. Menezes. MORAES, Rosângela. Dutra. **Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 465-482, dez. 2011. DISPONÍVEL EM: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n3/v17n3a09.pdf>

CHANG Ester, HANCOCK Karen. **Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia**. *Nurs. Health Sci.* 2003; 5: 155–163. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1442-2018.2003.00147.x>

CHANG, Ester. M. HANCOCK, Karen. M. JOHNSON, Amanda. DALY, John. JACKSON, Debra. **Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward**. *Nursing and Health Sciences* (2005),7, 57–65. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x>.

CLOT, Yves. LEPLAT, Jacques. **La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail**. *Le travail humain* 2005/4 (Vol. 68), p. 289-316. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2005-4-page-289.htm>

CODO, Wanderley. IÔNE, Vasques. Menezes. **O que é Burnout?** 2009. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/jornaldoprofessor/midias/arq/Burnout.pdf>

CORRATI, Ezia. Maria. ZGODA, Lilian. Terezinha. Rudeck. Wojtecki. PAUL, Marilene. Fátima. Benâncio. **O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem**. *Cogitare Enferm* 2008 Jan/Mar; 13(2):184-93. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/12480/8552>

CORREIA, Simone. Márcia. Santos. SILVEIRA, Carina. Santos. **A ergonomia cognitiva, operacional e organizacional e suas interferências na produtividade e satisfação dos colaboradores**. XXIX Encontro nacional de engenharia de produção. A Engenharia de

Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão. Salvador, BA, Brasil, 06 a 09 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_tn_sto_105_701_12634.pdf

COSTA, Ester. S. MORITA, Ione. MARTINEZ, Miguel. Ângelo. Rosa. **Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre saúde e vida social em funcionários de enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 553-555, abr./jun., 2000.40. Dejours, C. Abdoucheli, E. Itinéraire e théorique en psychopathologie du travail. Revue prevenir, v. 20, n. 1, p. 21-38, 1990.

COSTA, Fernanda. Marques. VIEIRA, Maria. Aparecida. SENA, Roseli. Rosângela. **Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>

COSTA, Juliana. Cardeal. LIMA Regina. Aparecida. Garcia. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2):151-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a04.pdf>

CRESWELL, John. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Mistos.** Tradução: Magda Lopes. Porto 12. Falzon, p. Sauvagnac, c. Carga de trabalho e estresse. Em: Ergonomia. Pierre Falzon, Editora Blucher 2004.

DANIELLOU, François. **L'action en psychodynamique du travail: interrogations d'un ergonome.** Travailler 2002/1 (n° 7), p. 119-130. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-travailler-2002-1-page-119.htm>. DOI 10.3917/trav.007.0119.

DARSES, Françoise. FALZON, Pierre. MUNDUTEGUY, Christophe. **Paradigmas e modelos para a análise cognitiva das atividades finalizadas.** Ergonomia, PIERRE FALZON, Editora Blucher, São Paulo, SP. 2007.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Editora Cortez, 1992. 17. FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. (Apostila).

DEJOURS, Christophe. Abdoucheli E, Jayet, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo (SP): Atlas; 1994.

DEJOURS Christophe. Resenha **A banalização da injustiça social**, Revista de Ciências Sociais v.31 N.2 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/41171/97336>

DEJOURS, Christophe. BÈGUE, Florence. **Suicídio e trabalho o que fazer?** Paralelo 15. 2009. Disponível em: https://www.cra-rj.adm.br/publicacoes/acervo_digital/christophe_dejours/suicidio-e-trabalho-o-que-fazer/index.html

DE LUCCA, Sérgio. Roberto. CAMPOS, Carlos. Roberto. **Saúde mental e trabalho: uma discussão a partir do estudo de trabalhadores da atividade de tele atendimento.** Revista Bras. Med. Trab. • São Paulo • Vol. 8• N°1 • 2010.

DESLANDES Suely. Ferreira. **Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência Hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4440>

DESROCHERS, Camille. Boivin. ALDERSON, Marie. **Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. Recherche en soins infirmiers** n° 118 - Septembre 2014. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-85.htm>

DRUCK, Marlice. Ceolin. **O dito e o escrito sobre qualidade de vida no trabalho do enfermeiro – tendências e versões.** [dissertação] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2002. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/705/1/MarliceCeolin.pdf>

ENSSLIN, Sandra. Rolim. ENSSLIN, Leonardo. IMLAU, Jhonatan. Munaretto. CHAVES, Leonardo. Correa. **Processo de Mapeamento das Publicações Científicas de Um Tema: Portfólio Bibliográfico e Análise Bibliométrica sobre avaliação de desempenho de cooperativas de produção agropecuária.** RESR, Piracicaba-SP, Vol. 52, N° 03, p. 587-608, Jul/Set 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v52n3/a10v52n3.pdf>

FALZON, Pierre. SAUVAGNAC, Catherine. **Carga de trabalho e estresse:** In Ergonomia. Editora Blucher, 2007.

FELLI, Vanda. Elisa. Andres. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas.** Enfermagem em Foco 2012; 3(4): 178-181. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf>.

FERNANDES, Josicelia. Dumêt. MELO, CRISTINA M. M.; GUSMÃO, Maria. Carolina C. M. FERNANDES, Juliana. GUIMARÃES, Angélica. **Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos** Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, núm. 5, septiembre-octubre, 2006 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421864024.pdf>

FERREIRA, Leda. Leal. **Dois Estudos Sobre o Trabalho dos Petroleiros.** Belo Horizonte, Vol. 6, N°1, p.7-32 Jul.1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v6n1/v6n1a01.pdf>

FERREIRA, Leda. Leal. **Análise Coletiva do Trabalho.** Rev. Bras. Saúde. Ocup. n°78, vol.21.abril/maio/junho, 1993. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/RBSO%20V21%20n78.pdf>

FERREIRA, Leda. Leal. **Análise coletiva do trabalho dos cortadores de cana da região de Araraquara São Paulo.** Ministério do Trabalho, Fundacentro, 1998.36.

FERREIRA, Leda. Leal. **Análise Coletiva do Trabalho: quer ver? Escuta.** Revista Ciências do Trabalho - Nº 4 JUNHO de 2015. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/60/pdf>.

FIGLEY, Charles. R. **Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview.** In C. R. Figley (Org.), *Compassion fatigue* (pp.1–20). Nova Iorque: Brunner/Mazel. (1995). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1995-97891-001>

FILHO, Iel. Marciano. Moraes. ALMEIDA, Rogério. José. **Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira em Promoção à saúde, V. 29, n. 3 (2016). Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4645>

FONSECA, Luciana. REIS, Rosa. MESQUIT, Kelly. ALCANTARA, Andreia. Oliveira. **Relacionamento interpessoal & trabalho em equipe: impactos num ambiente organizacional.** XII Congresso Nacional de Excelência em Gestão & III. Inovarse – Responsabilidade social aplicada. 2016. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_215.pdf

FONTE, Cesaltino. Manuel. Silveira. **Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen burnout inventory (CBI).** Universidade de Coimbra, 2011. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18118/1/Adapta%C3%A7%C3%A3o%20e%20Valida%C3%A7%C3%A3o%20para%20Portugu%C3%AAs%20do%20Questin%C3%A1rio%20de%20Copen.PDF>

FOSSÁ, Maria. Ivete. Trevisan. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias.** 2003. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** 21ª Edição, Petrópolis. Editora Vozes, 1984.

FRASER, Márcia. Tourinho. DANTAS; GONDIM, Sônia Maria. Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa.** Paidéia, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004. 22. BARDIN, L.(2011). *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2004000200004&script=sci_abstract&tlng=pt

FREITAS, Wesley. R. S. JABBOUR, Charbel. J. C. **Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões.** ESTUDO & DEBATE, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011. Disponível em: <https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/8.12a%20estudo%20de%20caso.pdf>

GALINDO, Renata. Hirschle. FELICIANO, Katia. Virginia. Oliveira. LIMA, Raitsa. A. S. Araújo. Santos. SOUZA, Ariani. Impieri. **Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):420-7 www.ee.usp.br/reeusp.

GARCIA-Izquierdo, M., RIOS-Risquez, M.I. **The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study.** Nurs. Outlook 60 (5), 322–329, <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.002>.

GARCIA, Ramon. Moreira. **Abordagem sócio técnica: uma rápida avaliação.** Rev. Adm. Emp. 20(3): 71-77. 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v20n3/v20n3a06.pdf>

GIL, Antônio. Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002 .

GIL, Antônio. Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antônio. Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.
Gomes,

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional: A teoria revolucionário que redefine o que é ser inteligente.** Copyright © 1995 by DANIEL GOLEMAN. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4133507/mod_resource/content/2/Inteligencia-emocional-Daniel-Goleman.pdf

GOUVEIA, Edna. Cristina. ÁVILA, Lazslo. Antonio. **Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 2, p. 265-273, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a05v15n2.pdf>

GRASSER, Tatiana. **Percepção dos efeitos das cargas de trabalho sobre as dores nas costas na equipe de enfermagem do hospital universitário,** Universidade Federal de Santa Catarina. [dissertação]. 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86298>

GRECO, Rosângela. Maria. GOMES, Jorge. Rocha. **Cargas de trabalho dos técnicos operacionais da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Vol. 25, p. 59-75, 1995/1996.

GUIMARÃES, Tuani. Magalhães. SILVA, Liliane. Faria. SANTO, Fátima. Helena. Espírito. MORAES, Juliana. Rezende. Medeiros. **Montenegro. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem.** Esc Anna Nery 2016;20(2):261-267. DOI: 10.5935/1414-8145.20160035. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n2/1414-8145-eann-20-02-0261.pdf>

GUIRALDO, Gunther. Monteiro. PaulaP. PEREIRA, Nathalia. Mendrot. Pereira. **Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 92-98 97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-92.pdf>

GOLUBIC Rajna. MILOSEVIC Milan. KNEZEVIC Bojana. & MUSTAJBEGOVIC Jadranca. (2009) **Work-related stress, education and work ability among hospital nurses.** Journal of advanced nursing 65(10), 2056–2066. pag. 2057doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05057.x.

GOULART, Íris. B. **Estudos exploratórios em psicologia organizacional e do trabalho. Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.159-183.

GUANILO, Mônica. Cecília. Torre. Ugarte. TAKAHASHI, Renata. Ferreira. BERTOLOZZI, Maria. Rita. **Revisão sistemática: noções gerais.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>

GUÉRIN, Françoise. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** São Paulo: Edgar Blucher, 2001.

HANDY, Charles. **Deuses da administração: Como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial.** 4ª edição, Editora Saraiva, São Paulo, SP, 2006.

HELOANI, Jose. Roberto. Capitão, Claudio. Garcia. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo em Perspectiva, 17(2): 102-108, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a11v17n2.pdf>

HOLLNAGEL, Erik. **Cognitive Ergonomics of the Mind at Work. Paper presented at the 13 Congress IEA,** 1997. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/001401397187685>

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. **Definition and Domains of Ergonomics.** 2018. Disponível em: <https://www.iea.cc/whats/index.html>.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção.** Editora Edgar Blucher Ltda, 3ª Edição revista. 2006. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=LcGPDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=ergonomia+f%C3%ADsica&ots=i9QhOxJiF8&sig=vEgE6ffTSAmszKvA1zwNKJhKV3s&redir_esc=y#v=onepage&q=ergonomia%20f%C3%ADsica&f=false

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção.** 2ª edição revisada e editada. São Paulo: Edgard Blucher, 2002. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/115xs0>

JACINTO, Aline; TOLFO, Suzana da Rosa. **Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20.** Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 107-124, dez. 2017. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1432>. Acesso em: 05 set. 2019. doi:<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1432>.

KIM, In. Ju. **Cognitive Ergonomics and Its Role for Industry Safety Enhancements.** J Ergonomics 2016, 6:4 DOI: 10.4172/2165-7556.1000e158

KIDD, Jacquie. D. FINLAYSON, Mary. P. **Mental illness in the nursing workplace: A collective autoethnography.** Copyright © eContent Management Pty Ltd. Contemporary Nurse (2010) 36(1-2): 21-33. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21254820>.

KITZINGER, Jenny. **Focus groups with users and providers of health care**. In: POPE, C.; Mays, N. (Org.). *Qualitative research in health care*. 2. ed. London: BMJ Books, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9780470750841.fmatter>

KIRCHHOF, Ana. Lucia. Cardoso. MAGNAGO, Tania. Solange. Bosi. Sousa. CAMPONOGARA, Silviana. GRIEP, Rosane. Harter. TAVARES, Juliana. Petri. PRESTES, Francine. Cassol. PAES, Lucilene. Gama. **Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 215-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>

KOCH Svem. STAGGERS Nancy. AGUTTER James. LIU D. WESTENSKOW DR. WEIR, Charlene. **Integrated Information Displays for ICU Nurses: Field Observations, Display Design, and Display Evaluation**. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 54th Annual Meeting 2010*. Available from: <http://journals.sagepub.com/Iacoponi E, Mari JJ>.

LACOPONI, Eduardo. MARI, Jair. Jesus. **Reliability and factor structure of the Portuguese version of self-reporting questionnaire**. *Int J Soc Psychiatry*. 1989;35:213–22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2583955>

LAAKSONEN, Mikko. PITKANIEMI, Janne. RAHKONEN, O. LAHELMA, Eero. **Work Arrangements, Physical Working Conditions, and Psychosocial Working Conditions as Risk Factors for Sickness Absence: Bayesian Analysis of Prospective Data**. 1047-2797/10/\$., New York, NY 10010 *AEP* Vol. 20, No. 5 Laaksonen et al. May 2010: 332–338. doi:10.1016/j.annepidem.2010.02.004

LAGO, Kennyston. CODO, Wanderley. **Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR**. *Estudos de Psicologia*, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 213-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>.

LAMBERT, Vickie, LAMBERT, Clinton, ITO, Misae. **Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and emotional health of Japanese hospital nurses**. *Int. J. Nurs. Stud.* 2004; 41: 85–97. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748903000804?via%3Dihub>

LAVILLE, Christian. DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEKA, Stavroula. GRIFFITHS, Amanda. COX, Tom. **Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives**. Institute of Work, Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42625/9241590475.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LENTS, Juceli. SANTOS, Maryele. Freire. **Ergonomia cognitiva mediante as necessidades organizacionais**. O VI Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade". 2012. Disponível em: http://educonse.com.br/2012/eixo_19/PDF/40.pdf doi/abs/10.1177/154193121005401227.

LIMA, Carla. Fernanda. OLIVEIRA, José. Arimatés. DA SILVA, Élido. Silva. DA; EMERITO, A. P.; LIMA, F. D. M.; SOUZA, R. K. S. de (2009). **Avaliação Psicométrica do Maslach Burnout Inventory em Profissionais de Enfermagem**. In: II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, Curitiba. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3791495&pid=S2177-093X201400020000500018&lng=pt

LIMA, Suzana. Canez. Cruz. **Coletivo de trabalho e reconhecimento: Uma análise psicodinâmica dos cuidadores sociais**. Tese de doutorado do Programa de pós-graduação em psicologia social do trabalho e das organizações – UNB, Brasília DF, 2011. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_0fde544f08f1b488c5bf88e406bf4fc3

LUNA, Braulio. Filho. **Sequência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa**. Revista Arq. Bras. Cardiol., v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n6/a01v71n6.pdf>

MACEDO, Lízia. Marina. Magalhães. **Adoecimento mental no trabalho: estudo de caso numa secretaria de saúde de minas gerais**. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário UNA, 2015. Programa de Pós graduação em Administração. Belo Horizonte MG, 2015. Disponível em: <http://www.mestradoemadm.com.br/wp-content/uploads/2016/05/L%C3%ADsia-Marina-Magalh%C3%A3es-Macedo.pdf>

MALAREWICZ, Jaquez. Antoine. **Gérer les conflits au travail, La médiation systémique en entreprise**. 2e édition, Pearson Village Mondial, 2009. Disponível em: http://grh-mascara.yolasite.com/resources/Gener_les_conflits_au_travail_9782744040443.pdf

MANUELITO, Carla. Sofia. Lopes. **Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitalares/emergência**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida Lisboa, Portugal. 2016. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7061/CARLA%20MANUELITO%20TESE%20FINAL.pdf?sequence=1>.

DE MARCO, Patrícia. Furuta. CÍTERA, Vanessa. Albuquerque. MORAES, Edilaine. MARTINS, Luiz. Antônio. Nogueira. **O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional**. J Bras Psiquiatr. 2008;57(3):178-183. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3271.pdf>

MARK, G, SMITH, A. P. **Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses**. British Journal of Health Psychology (2012), 17, 505–521. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22107162>.

MARI, Jair. Jesus. WILLIAMS, P. **A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo**. Br J Psychiatry 1986; 148:23-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>

MARTIN, Christian. GADBOIS, Charles. **A ergonomia no Hospital**. Em: Ergonomia. PIERRE FALZON, Editora Blucher 2004.

MARI, Jair. Jesus. **Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo: issues on the mental health of the urban poor.** Soc Psychiatry. 1987;22(3):129-38. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00583847>. PMID:3498220.

MASLACH Christina. & SCHAUFELI Wilmar. .B. **Historical and conceptual development of burnout. In Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research** (Schaufeli W.B., Maslach C.. & Marek T. eds.), Taylor & Francis, Washington, District of Columbia, pp. 1±16. (1993). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1993-97794-001>

MASLACH, Christina. JACKSON, Susan. E. LEITER, Michael. P. **Maslach Burnout Inventory**; Manual 3rd edn. University of California, **Consulting Psychologists** 1996. Press, Palo Alto.

MELO. Juliana. Almeida. Coelho. **Organização do trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem em serviços de medicina nuclear.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/192933>

MEIRELLES, Mauro. **O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução.** Pensamento Plural. Pelotas [14]: 65 – 91, janeiro-junho 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/view/3801>

MEDEIROS, Luciana. Antonieta. LUSTOSA, Maria. Alice. **A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital.** Rev. SBPH vol.14 no.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. – 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>

MOLINER, Pascale. **Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo.** Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 014-026, Set./Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a02.pdf>

MOREIRA, Davi. Souza. MAGNAGO, Rnata. Faverzani. SAKAE, Thiago. Mamôru. MAGAJEWSKI, Flávio. Ricardo. Liberal. **Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568, jul, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n7/1559-1568/pt>.

MOTA, Maria. Soares. GOMES, Giovana. Calcagno. COELHO, Monique. Farias. LUNARDI FILHO, Wilson. Danilo. SOUZA, Lenice. Dutra. **Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados.** Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):129-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a17v32n1.pdf>

NASCIMENTO, Diego. Felipe. Lima. CUNHA, Danubia. Rodrigues. MOTA, Eliane. Fonseca. Campos. VASCONCELOS, Eduardo. Silva. **Identificação preliminar da síndrome de burnout em professores do IF Goiano campus Urutaí – Go.** Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v.8, n.15; p. 2012. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/9128905-Identificacao-preliminar-da-sindrome-de-burnout-em-professores-do-if-goiano-campus-urutai-go.html>

NEDD Nicole. **Perceptions of empowerment and intent to stay**. Nursing Economics, 24 (1), 13–18. (2006). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16583601>

NETSEREAB, Tesfit. Brhane. KIFLE, Meron. Mmehari. TEFAGIORGIS, Robel. Berhane. HABTEAB, Sara. Ghebremichae. WELDEABZGI, Y. K. TEFAMARIAM, O. Z. **Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea**. Netsereab et al. Int J Ment Health Syst (2018) 12:61 <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0242-y>

OAB. **Cartilha de Mediação**. Comissão de Mediação e Arbitragem da OAB. 2009. Disponível em: <http://www.precisao.eng.br/jornal/Mediacao.pdf>

OLIVEIRA, Silvio. Luiz. **Tratado de metodologia científica**; São Paulo. Ed. Pioneira, 2002. Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

OIT. **Promoción de la salud y el bienestar en el trabajo**. 2019. Disponível em: <https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/lang-es/index.htm>

ORO, Julieta. **O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar** [dissertação] - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Florianópolis, SC, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/96025>

PAI Daiane. Dal. LAUTERT, Liana. O. **Trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem**. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009 jun 10]; 16(3):439447.

PHILLIPS, Joanne. **Clinical Alarms: Complexity and Common Sense**. Crit Care Nurs Clin N Am 18 (2006) 145 – 156. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16728300

PILATI, Ronaldo. PORTO, Juliana. B. **Apostila para tratamento de dados via SPSS. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Apostila de uso de Software)**. UNB. 2008. https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4637/apostila_SPSS_Porto_.pdf

PITTA, Ana. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

POLES, Katia. BOUSSO, Regina. Szyli. **A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento**. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.4, n.1, p. São Paulo, julho de 2004. https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4_n.1-art1_pesq-a-enfermagem-e-a-familia-no-processo-da-morte-da-crianca.pdf

PRADO, Claudia. Eliza. Prado. **Estresse ocupacional: causas e consequências**. Rev Bras Med Trab. 2016;14(3):285-9. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR/estresse-ocupacional--causas-e-consequencias>

RANSAY, Jim. DENNY, Frank. SZIROTNYAK, Kara. THOMAS, Jonathan. **Identifying nursing hazards in the emergency department: A new approach to nursing job hazard analysis.** Journal of Safety Research 37 (2006) 63 – 74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490215>

RIBEIRO, Renato. Perfeito. MARTINS, Julia. Trevisan. MARZIALE, Maria. Helena. Palucci. ROBAZZI, Maria. Lucia. Carmo. Cruz. **O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):495-504 www.ee.usp.br/reecusp/.

RICHARDSON, Roberto. Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Andrea. Bezerra. CHAVES, Eliane. Corrêa. **Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia.** Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2008, janeiro-fevereiro; 16. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>.

ROSENBERG, Marshall. B. **Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** Editora Ágora, São Paulo, 2006.

SALES, Catarina. Aparecida. D'ARTIBALE, Eleonora. Ferreira. **O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares.** Cienc Cuid Saúde 2011; 10(4):666-673. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18309/pdf>

SALUM, Maria. Eduarda. Grams. KAHL, Carolina. CUNHA, Kamylla. Santos. KOERICH, Cintia. SANTOS, Thiago. Oliveira. ERDMANN, Alacoque. Lorenzini. **Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família.** Rev Rene. 2017 jul-ago; 18(4):528-35. Disponível em: periodicos.ufc.br/rene/article/download/20280/30814

SANTANA, Leni. Lima. MIRANDA, Fernanda. Moura. Dalmeida. KARINO Márcia. Eiko. BAPTISTA, Patricia. Campos. Pavan. FELLI, Vanda. Elisa. Andres. SARQUIS, L. M. M. **Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino.** Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):64-70. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008

SANT'ANA, Jorge. Luiz. Guedes. MALDONADO, Maurício. Uriona. GONTIJO, Leila. Amaral. **Dinâmica de geração e dissipação do estresse na equipe de enfermagem num centro de oncologia.** Disponível em: Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub 18-Jul-2019 <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2874.3156>

SANTOS, Kionna. Oliveira. Bernardes. ARAÚJO, Tânia. Maria. OLIVEIRA, Nelson. Fernandes. **Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):214-222, jan, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/23.pdf>

SANTOS, Flavia. Duarte. CUNHA, Mércia. Heloisa. F. ROBAZZI, Mara. Lúcia. Carmo. Cruz. PEDRÃO, Luiz. Jorge. SILVA, Luiz. Almeida. TERRA, Fabio. Souza. **O estresse do**

enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica de Saúde Mental Alcool e Drogas. 2010.
<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38711/41562>.

SANTOS, Kleber. **Absenteísmo-doença, estresse ocupacional e fatores associados** [dissertação]: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais estaduais públicos de Santa Catarina / Florianópolis, SC, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93588>

SANTOS, Rosilene. Aparecida. MOREIRA, Martha. Cristina. Nunes. **Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida.** Ciênc. Saúde coletiva vol. 19 no. 12, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>.

SCHMIDT, Denise. Rodrigues. Costa. DANTAS, Rosana. Aparecida. Spadoti. MARZIALE, Maria. Helena. Palucci. **Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>.

SCHMIDT, Beatriz. GABARRA, Letícia. Macedo. GONÇALVES, Jadete, Rodrigues. **Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência.** Paidéia set.-dez. 2011, Vol. 21, No. 50, 423-430. Disponível em: <file:///C:/Users/jlgue/Downloads/111-307-2-B.pdf>
<https://br.123dok.com/document/rz3mg69y-intervencao-psicologica-em-terminalidade-e-morte-relato-de-experiencia.html>

SECCO, Iara. Aparecida. Oliveira. ROBAZZI, Maria. Lúcia. Carmo. Cruz. SOUZA, Francisco. Eugênio. Alves. SHIMIZU, Denize. Sayuri. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, **BRASIL. SMAD**, Vol. 6 Nr 1 Artigo 15, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38713/41564>

SEEMANN, Simone. GARCEZ, Eliane. Maria. S. O adoecimento psíquico em profissionais da enfermagem. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 46-71, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/141/167>.

SHIN, Mingyu. LEE, Hyun. Soo. PARK, Moonseo. MOON, Myunggi. HAN, Sangwon. A system dynamics approach for modeling construction workers' safety attitudes and behaviors. **Accident Analysis and Prevention** 68 (2014) 95–105. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001457513003734>

SILVA, Andressa. Hennig. FOSSÁ, Maria. Ivete. Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica** ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015). Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>

SIQUEIRA, Amanda. Batista. FILIPINI, Rosângela. POSSO, Maria. Belén. Salazar. FIORANO, Ana. Maria. Marcondes. GONÇALVES, Sônia. Angélica. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq Med ABC**. 2006;31(2):73-7. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/viewFile/243/239>

SILVA, Regiane. Castro. Costa. FONSECA, Vanessa. Martins. ALCADE. Elisângela. Aguiar. Inteligência emocional no trabalho. **Rev. Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, MS, Volume 13, Número, 1, Ano 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17555333-Inteligencia-emocional-no-trabalho.html>

SOUTO, Bernardino. Geraldo. Alves. KORKISCHKO, Nádia. Validação de pesquisa qualitativa por meio de descrição quantitativa da amostra. **Rev Med Minas Gerais** 2012; 22(1): 1-128. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/123>.

SOUSA, Ariane. Queiroz. BARROS, Adriana. Gonçalves. DIAS, Ana. Cleide. SANTOS, Viviane. Euzébia. Pereira. **Perspectivas de síndrome de burnout na equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jul./set. 4(3):2672-78. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/5057/505750894021/>.

SOUZA, Claudia. Gesserame. Vidigal. Mendes. **Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12112015-122237/pt-br.php>

SOUZA, Luciana. BOEMER, Magali. R. **O cuidar em situação de morte: algumas reflexões**. Medicina (Ribeirão Preto) Simpósio: Morte: Valores e dimensões 2005; 38 (1): 49-54. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/7_o_cuidar_situacao_morte.pdf

SOUZA, Aniele. Lima. WOTTRICH, Shana. Hastenpflug., SEELIG, ynthiaC. VIGUERAS, Evelin. Soledad. eyes. RUSCHEL, Patrícia. Pereira. **O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica**. Revista da SBPH, 10(1), 151-160. (2007). Recuperado em 09 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100011&lng=pt&tlng=pt.

STEADMAN, Karen. TASKILA, T. **Symptoms of depression and their effects on employment. The Work Foundation. Part of Lancaster University**. Reino Unido, 2015. Disponível em: http://www.theworkfoundation.com/wp-content/uploads/2016/11/382_Symptoms-of-Depression_FINAL.pdf

SVEINSDÓTTIR Herdis, BIERING Páll, RAMEL Alfons. **Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey**. International Journal of Nursing Studies 43 (2006) 875–889. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360157>

TAFFALA Richard. J. EVANS Gary. W. **Noise, psychology and human performance: the potential role o effort**. J. Occup. Healt Psychol. V2, 148-155, 1997. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9552287>.

TAKAHASHI, Carla. B. CONTRIN, Lígia. M. BECCARIA, Lúcia. M. GOUDINHO, M. V. PEREIRA, Roseli. A. M. **Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem**. **Arq Ciênc Saúde** 2008 jul-set;15(3):132-8.

TAKAHASHI, Mara. Alice. Batista. Conti. SILVA, Reginalice. Cera. LACORTE, Luiz. Eduardo. Cobra. CEVERNY, Gislaine. Cecília. Oliveira. VILELA, Rodolfo. Andrade.

Gouveia. **Precarização do Trabalho e Risco de Acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT)**. Saude soc.,v.21,n.4,p.976-988,2012 <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39471>.

THE WORLD HEALTH REPORT 2001. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. Direção-Geral da Saúde, 2002 / OMS. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

TOMINAGA, M. T. ASAKURA, T. ASAKURA, K. **Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan**. International Journal of Mental Health Nursing (2014) 23, 316–325. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180410>.

UFF. Universidade Federal Fluminense. **Estatísticas das letras, palavras e periódicos**. Módulo 5: Nuvens de palavras. 2017. Disponível em: <http://www.uff.br/cdme/lpp/lpp-html/lpp-d-br.html>.

VIEIRA, Karine. Baretta. Toninelo. **Cuidados de Enfermagem em terapia intravenosa periférica em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: uma construção coletiva. [dissertação]**. Florianópolis, SC, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128833>

VIEIRA, Waldelourdes. Melo. Souto. Maior. **Estresse ocupacional em trabalhadores que atuam no serviço de hemodinâmica: Um estudo à luz da ergonomia organizacional**. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Ergonomia da Universidade Federal de Pernambuco. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30573>

VIORST, Judith. **Perdas necessárias**. Editora Melhoramentos. São Paulo. 2008.

VOSS, Chris. TSIKRISKITIS, Nikos. FROHLICH, Mark. **Case research in operations management**. International Journal Of Operations & Production Management, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/01443570210414329/full/html>

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WHO. **Integrating mental health into primary care : a global perspective**. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008 pag. 11. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios-no-ambiente-trabalho/>

WHO. OMS: World Mental Health Day 2017. **Mental health in the workplace**. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/

WHO. World Health Organization Expert Committee on Mental Health. **Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health**. Geneva: World Health Organization; 1975.

ANEXO 1

REFERÊNCIAS DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

ABUALRUB, Raeda. Fawzi. KHALIFA, Mohammed. F. ABDALI, Mohammed. Baqer. **Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses**. Journal of Nursing Scholarship, 2007; 39:3, 281–288. DOI:10.1111/j.1547-5069.2007.00181.x.

ASHKER, Vicki. E. PENPRASE, Barbara. SALMAN, Ali. **Work-Related Emotional Stressors and Coping Strategies that Affect the Well-Being Of Nurses Working in Hemodialysis Units**. Nephrology Nursing Journal, 2012, 39(3), 231-236. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866362>.

BOLIER, Linda. KETELAAR, Sarah. M. NIEUWENHUIJSEN, Karen. SMEETS, O. FANIA, R. Gärtner, R. SLUITER, Judith. K. **Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial**. Internet Interventions 1 (2014) 196–204. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782914000293>

CARES, Alexa. PACE, Elizabeth. DENIOUS, Jean. CRANE. Lori. A. **Substance Use and Mental Illness Among Nurses: Workplace Warning Signs and Barriers to Seeking Assistance**. Substance Abuse, 36: 59–66, 2015. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/57754f775016e161aa4b73ad/t/596fecffd482e9dcddb3f169/1500507392572/Substance+Use+and+Mental+Illness+Among+Nurses+Workplace+Warning+Signs+an....pdf>.

CHANG, Esther. M. HANCOCK, Karen. M. JOHNSON, Amanda. DALY, John. JACKSON, D. **Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward**. Nursing and Health Sciences (2005), 7 , 57–652005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15670007>

CHENG, Wan. Ju. CHENG. Yawen. **Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions**. Journal of the Formosan Medical Association (2017) 116, 300e305. Disponível em: http://homepage.ntu.edu.tw/~ycheng/index/PDF/Public_paper/Public_68.pdf.

EDWARDS, Janet. L. DIMITY A. CRISP, D. A. **Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals**. Australian Journal of Psychology 2017; 69: 218–225. doi: 10.1111/ajpy.12146.

EVANGELISTA, Damerouti. BAKKER, Arnoud. B. NACHREINER, Friedhein. SCHAUFELI, Wilmar. B. **A model of burnout and life satisfaction amongst nurses**. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(2), 454±464. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964195>.

FARRELL, Gerald. A. BOBROWSKI, Christina. BOBROWSKI, Peter. **Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study**. Nursing and healthcare management and policy, 2006.

FINLAYSON, Belinda. DIXON, Jennifer. MEADOWS, Sandra. BLAIR, Georgie. **Mind the gap: Policy response to the NHS nursing shortage.** British Medical Journal, (2002). 325(7363), 541–544. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7364.580/b>

FILLION, Lise. TREMBLAY, Isabelle. TRUCHON, Manon. DENIS CÔTE', Denis. C. STRUTHERS, W. DUPUIS, RÉJEANNE. **Job Satisfaction and Emotional Distress Among Nurses Providing Palliative Care: Empirical Evidence for an Integrative Occupational Stress Model.** International Journal of Stress Management 2007. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/buy/2007-02741-001>.

FLYNN, Linda. HAWKINS, Charlotte. Thomas. CLARKE, Sean. P. **Organizational Traits, Care Processes, and Burnout Among Chronic Hemodialysis Nurses.** West J Nurs Res. 2009 August ; 31(5): 569–582. doi:10.1177/0193945909331430.

GAO, Yu. Qin. PAN, Bo. Chen. SUN, Wei. WU, Hui. JWANG, Jia. Na. WANG, Lie. **Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors.** Journal of Advanced Nursing, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21950775>

GARCÍA-IZQUIERDO, Mariano. RI'OS-RI'SQUEZ, Maria. Isabel. 2012. **The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study.** Nurs. Outlook 60 (5), 322–329, <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.002>.

GARTNER, Fania. R. NIEUWENHUIJSEN, Karen. FRANK .H. VAN DIJK, SLUITER, Judith. K. **The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review.** International Journal of Nursing Studies 47 (2010) 1047–1061.

GLOZIER, Nick. HOUGH, Caroline. HENDERSON, Max. ELLIOTT, Kevin. Hollend. **Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from physical illnesses.** International Journal of Social Psychiatry. Vol 52(6): 525–534. DOI: 10.1177/0020764006066843.

GOLUBIC, Rajna. MILOSEVIC, Milan. KNEZEVIC, Bojana. MUSTAJBEGOVIĆ, Jadranka. **Work-related stress, education and work ability among hospital nurses.** Journal of Advanced Nursing 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19627386>.

HAMAIDEH, Shaher. AMMOURI, Ali. **Comparing Jordanian nurses' job stressors in stressful and non-stressful clinical areas.** Contemporary Nurse (2011) 37(2): 173–187. DOI: 10.5172/conu.2011.37.2.173.

HANSEN, Niklas. SVERKE, Magnus. NASWALL, Katharina. **Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership.** International Journal of Nursing Studies 46 (2009) 96–107. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823625>.

HAO Junhui. WU, Di. LIU, L. LI, Xirui. WU, Hui. **Association between Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Female Nurses.** Int. J. Environ. Res.

Public Health 2015, 12, 6682-6699; doi:10.3390/ijerph120606682. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075725>.

HEGNEY, Desley. G. CRAIGIE, Mark. HEMSWORTH, David. MOISSON, Rebecca. Osseiran. AOUN, S. FRANCIS, K. DRURY, Vicky. **Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia.** J Nurs Manag. 2014. May;22(4):506-18. doi: 10.1111/jonm.12160.

JOYCE, Terry. HAZELTON, Michael. MCMILLAN, Margareth. **Nurses with mental illness: Their workplace experiences.** International Journal of Mental Health Nursing (2007) 16, 373–380. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17995508>.

JOYCE, Terry. HAZELTON, Michael. MCMILLAN, Margareth. **The workplace and nurses with a mental illness.** International Journal of Mental Health Nursing (2009) 18, 391–397. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19883410>.

JOYCE, Terry. HIGGINS, Isabel. MAGIN, P. GOODE, Susan. POND, Ddimitry. STONE, T. ELSOM, Stephen. O'NEILL, Kerry. **The Experiences of Nurses With Mental Health Problems: Colleagues' Perspectives.** Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 26, No. 4 (August), 2012: pp 324–332.

KIDD, Jacquie. D. FINLAYSON, Mary. P. **Mental illness in the nursing workplace: A collective autoethnography.** Copyright © eContent Management Pty Ltd. Contemporary Nurse (2010) 36(1–2): 21–33. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21254820>.

KNAA, Stephanie. SZETO, Andrew. **Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions.** Healthcare Management Forum 2017, Vol. 30(2) 111-116. DOI: 10.1177/0840470416679413.

LASCHINGER, Heather. K.S., FINEGAN, Joan. SHAMIAN, Judith. (2001a) **Promoting nurses' health: effect of empowerment on job strain and work satisfaction.** Nursing Economics, 19, 42–53. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA74692792&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=07461739&p=AONE&sw=w>

LASCHINGER, Heather.K.S., FINEGAN, Joan. SHAMIAN, Judith. WILK Piotr. (2001b) **Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's Model.** Journal of Nursing Administration, 31, 260–272. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388162>

LASCHINGER, Heather. K. S. LEITER, Michael. DAY, Arla. GILIN, Debra. **Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes.** Journal of Nursing Management, 2009, 17, 302–311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19426367>.

LASCHINGER, Heather. K. S. GRAU, Ashley. L. **The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses.** International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 282–291.

DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004)

MARK, George. SMITH, Andrew. Paul. **Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses.** *British Journal of Health Psychology* (2012), 17, 505–521. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22107162>.

PETERSON, Ashley. L. **Experiencing stigma as a nurse with mental,** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2017, 24, 314–321. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12306/abstract>.

PURPORA, Christina. COOPER, Adam. SHARIFI, Claire. **The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace bullying and its effect on nurse, patient, organization and nursing-related outcomes in clinical settings: a quantitative systematic review protocol.** *JBIS Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26470660>

RISQUEZ, Isabel. Rios. IZQUIERDO, Mariano. Garcia. **Patient satisfaction, stress and burnout In Nursing Personnel in emergency departments.** *International Journal of Nursing Studies*. 59 (2016) 60–67 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222451>.

ROSSI, Suelen. Soares. SANTOS, Priscila. Grangeia. PASSOS, Joanir. Pereira. **A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares.** *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):381-384 . Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950>.

ROWE Michelle. M. SHERLOCK Holly. **Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?** *Journal of Nursing Management* 13, 242–248, (2005). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-834.2004.00533.x>.

SCHAUFELI Wilmar. B., LEITER Michael. P. MASLACH Christina. & JACKSON Susan.E. **Maslach Burnout Inventory-General Survey.** In *The Maslach Burnout Inventory – Test manual*, (C. Maslach, S.E. JACKSON & M.P. LEITER eds.), (3rd edn). (1996) pp A1–A2, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA. Disponível em: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10021821474/>

SECCO,Iara. Aparecida. Oliveira. ROBAZZI, Maria. Lúcia. Carmo. Cruz. SOUZA, Francisco. Eugênio. Alves. SHIMIZU, Denize. Sayuri. **Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de Hospital de Ensino do Paraná,** Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool e Drogas*, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38713/41564>.

SEEMANN, Simone. GARCEZ, Eliane. Maria. S. **O adoecimento psíquico em profissionais da enfermagem.** *Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis*, v. 5, n. 2, p. 46-71, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>.

SCHMIDT, Klaus. Helmut. **The relation of goal incongruence and self-control demands to indicators of job strain among elderly care nursing staff: A cross-sectional survey study combined with longitudinally assessed absence measures.** *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 855–863. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20047741>

SU, Jian. An. WENG, Hsu. Huei. TSANG, Hin. Yeung. WU, Jhen. Long. **Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff.** *Stress and Health* 25: 423–430 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/smi.1261>.

SVEINSDOTTIR, Herdis. BIERING, Páll. RAMEL, Alfons. **Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses:** A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006) 875–889. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360157>

TANAKA, Koji. ISO, Naoki. SAGARI, Asagari. TOKUNAGA , Akiko. IWANAGA, Ryoichiro. HONDA , Sumihisa. NAKANE, Hideyuki. OHTA , Yasuyuki. TANAKA, Goro. **Burnout of Long-term Care Facility Employees:** Relationship with Employees' Expressed Emotion Toward Patients. *International Journal of Gerontology*. 9 (2015) 161e165. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S1873959815000654/1-s2.0-1873959815000654-main.pdf?_tid=795df3e0-0cc7-11e8-b3e5-0000aacb360&acdnat=1518091331_cf4745d4a1db8271a51a53a3a1034e49

TOMINAGA, Maki. Tei. ASAKURA, Takashi. ASAKURA, Kyoko. **Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan.** *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, 316–325. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180410>.

WU, Hui. CHI, Tie. Shuang. CHEN, Li. WANG, Lie. JIN, Ya. Ping. **Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey.** *Journal of Advanced Nursing*, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423397>.

YILDIRIM, Dilek. **Bullying among nurses and its effects.** *Journal compilation International Council of Nurses*, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1466-7657.2009.00745.x>.

ANEXO 2

Quadro 1 - Portfólio Bibliográfico com artigos internacionais

Título e Autores	Temática	Objetivos
A model of burnout and life satisfaction amongst nurses Evangelia et.al.; 2000	ADOECIMENTO MENTAL	Testar um modelo teoricamente derivado de burnout e satisfação de vida geral.
Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. Cheng, Cheng 2017.		Procurar fatores de trabalho psicossocial modificável associado a transtornos de saúde mental em trabalhadores de saúde taiwaneses.
Burnout of Long-term Care Facility Employees: Relationship with Employees' Expressed Emotion Toward Patients. Tanaka et al., 2015.		Determinar fatores relacionados ao burnout dos funcionários das instalações de cuidados de longa duração, incluindo a emoção expressa dos funcionários em relação aos pacientes.
Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. Mark, e Smith, 2012.		Investigar as relações entre as características do trabalho e o enfrentamento na predição de níveis de ansiedade e depressão em enfermeiros.
The Experiences of Nurses With Mental Health Problems: Colleagues' Perspectives. Joyce et al., 2012.		Analisar a compreensão dos enfermeiros sobre problemas de saúde mental e suas experiências de trabalho com enfermeiros com problemas de saúde mental.
Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from physical illnesses. Glozier, et al 2012.		Identificar colegas que possam impedir a reintegração no local de trabalho após a ausência por doenças psiquiátricas comuns.

<p>Association between Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Female Nurses - Hao et al., 2015.</p>		<p>Associação entre conflito trabalho-família e sintomas depressivos entre enfermeiras chinesas.</p>
<p>Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. Edwards e Crisp, 2017.</p>		<p>Identificar as barreiras percebidas para a divulgação e busca de ajuda no adoecimento mental de profissionais de enfermagem.</p>
<p>The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. Gartner et al., 2010.</p>		<p>Inventariar aspectos do funcionamento do trabalho de enfermeiros e profissionais de saúde aliados que são afetados por transtornos mentais comuns.</p>
<p>Patient satisfaction, stress and burnout In Nursing Personnel in emergency departments. Riqueza e Izquierdo, 2016.</p>		<p>Analisar as associações entre a satisfação dos pacientes com os serviços de emergência e a percepção de estresse no trabalho e burnout pelos profissionais de enfermagem.</p>
<p>Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. Gao et al., 2011.</p>		<p>Explorar sintomas depressivos e os fatores associados entre enfermeiros chineses que trabalham em hospitais municipais da cidade.</p>
<p>Job Satisfaction and Emotional Distress Among Nurses Providing Palliative Care: Empirical Evidence for an Integrative Occupational Stress Model. Filions, 2007.</p>		<p>Este estudo testou um modelo de estresse ocupacional integrativo com uma amostra de enfermeiros de cuidados paliativos que responderam a uma pesquisa.</p>

Organizational Traits, Care Processes, and Burnout Among Chronic Hemodialysis Nurses. Flinn et al, (2009).	<i>O STRESS</i>	Investigar os efeitos da carga de trabalho, ambiente de prática e processos de atendimento no burnout entre enfermeiros nos EUA.
Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. Su, et al., 2009		Transtorno psiquiátrico menor, transtorno depressivo e qualidade de vida foram avaliados para todos os funcionários.
Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia. Hegney et al.,2014.		Estudar a relação da qualidade da vida profissional e outros fatores contribuintes e coexistentes, como depressão, ansiedade e estresse.
The relation of goal incongruence and self-control demands to indicators of job strain among elderly care nursing staff: A cross-sectional survey study combined with longitudinally assessed absence measures. Schmidt, 2009.		Examinar o esgotamento, agentes estressores, indicadores de tensão (dimensões de burnout, queixas psicossomáticas), dados de ausência (soma de dias ausentes, frequência de ausência) como resultado comportamental.
Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. Chang, et al., 2005.		Revisar sobre os fatores relacionados ao estresse do papel nos enfermeiros e apresentar estratégias para abordar esta questão.
Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-		O objetivo deste estudo foi explorar quais fatores contribuem para o estresse relacionado ao trabalho entre os enfermeiros islandeses que

<p>sectional questionnaire survey. Sveinsdottir, Biering, Ramel 2006.</p>		<p>trabalham dentro e fora do ambiente hospitalar.</p>
<p>Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. Golubic, et al., 2009</p>		<p>Determinar quais estressores ocupacionais estão presentes no ambiente de trabalho das enfermeiras.</p>
<p>Work-Related Emotional Stressors and Coping Strategies that Affect the Well-Being Of Nurses Working in Hemodialysis Units. Ashker et al., 2012).</p>		<p>Identificar e descrever os estressores emocionais relacionados ao trabalho dos enfermeiros que atuam em unidades de hemodiálise.</p>
<p>Comparing Jordanian nurses' job stressors in stressful and nons-tressful clinical areas. Hamaideh e Ammouri, 2011.</p>		<p>Examinar se os estressores do trabalho dos enfermeiros jordanianos são diferentes em várias áreas de prática hospitalar.</p>
<p>Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. Wu et al., 2009.</p>		<p>Explorar fatores associados ao estresse ocupacional entre enfermeiras do sexo feminino na China</p>
<p>The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. García-Izquierdo e Rios-Rísquez, 2012.</p>		<p>Examinar o relacionamento e poder preditivo de vários estressores psicossociais do trabalho.</p>
<p>Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership. Hansen, et al.,</p>		<p>Compreender a origem e prevalência de burnout nos cuidados de saúde, investigando fatores psicossociais no ambiente de trabalho.</p>

2008.		
Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. Farrell, et al., 2009.	ESTIGMA E VIOLÊNCIA HORIZONTAL	Este artigo relata um estudo de agressão no local de trabalho entre os enfermeiros da Tasmânia, na Austrália.
Mental illness in the nursing workplace: A collective autoethnography. Kidd e Finlayson, 2010.		Abordagem coletiva de doenças mentais no local de trabalho de enfermagem, concentrando-se nas histórias de enfermeiras que sofreram doenças mentais na prática clínica.
Nurses with mental illness: Their workplace experiences. Joyce et al., 2007		Explorar as experiências no local de trabalho de enfermeiras que sofrem de doença mental.
Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses. AbuAlRub, 2007.		Investigar a violência física no local de trabalho entre enfermeiros hospitalares iraquianos, bem como as queixas e respostas dos enfermeiros a essa violência.
The workplace and nurses with a mental illness. Joyce, McMillan, Hazelton, 2009.		Explorar as experiências no local de trabalho de enfermeiras que sofrem de doença mental.
Experiencing stigma as a nurse with mental. Peterson, 2017		Aborda o estigma como enfermeira com doença mental e oferece uma perspectiva cultural mais ampla sobre as experiências de uma enfermeira com doença mental.
Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan. Tominaga, Asakura, Asakura, 2014.		Examinar a situação atual dos enfermeiros com doenças mentais, o estigma associado a essas doenças e as percepções dos profissionais sobre esses problemas.

<p>Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. Laschinger et al., 2009.</p>		<p>Examinar a influência da capacitação das condições de trabalho e da incivildade no trabalho no enfermeiro. Experiências de burnout e importantes fatores de retenção de enfermeiros.</p>
<p>The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout. Laschinger e Grau, 2012.</p>		<p>Associar fatores do local de trabalho (, experiências de <i>bulling</i> e burnout) e um fator pessoal (capital psicológico) para os recém-formados em saúde mental.</p>
<p>The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace <i>bulling</i> and its effect on nurse. Purpora et al., 2015.</p>		<p>Determinar as melhores evidências disponíveis sobre a exposição percebida pelos enfermeiros sobre o assédio moral no trabalho.</p>
<p>Bullying among nurses and its effects. Yildirim, (2009)</p>		<p>Avaliar o local de trabalho, o assédio moral de enfermeiros na Turquia e os efeitos sobre as práticas de enfermagem.</p>
<p>Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? Howe e Sherlock, 2005.</p>		<p>Explorar os tipos e frequência de abuso verbal de enfermeiros, características, consequências e efeitos do abuso.</p>
<p>Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. Bolier, et al., 2014</p>	<p>INOVAÇÃO</p>	<p>Examinar a eficácia de um módulo de vigilância da saúde dos trabalhadores que oferece rastreio, feedback personalizado e intervenções on-line voltadas para queixas positivas de saúde mental e saúde mental.</p>

Substance Use and Mental Illness Among Nurses: Workplace Warning Signs and Barriers to Seeking Assistance. Cares et al., 2014.	USO DE DROGAS	Compreender o contexto e as consequências percebidas do uso de substâncias, as doenças mentais entre enfermeiros, as barreiras e oportunidades para identificação e tratamento prévios dessas questões.
--	---------------	---

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro 2 permitiu identificar as temáticas e os objetivos pretendidos pelos autores do Portfólio Bibliográfico. O adoecimento mental e o *estresse* obtiveram maior destaque pela maioria dos pesquisadores, seguidos pela violência horizontal, o estigma e o uso de drogas por profissionais de enfermagem.

ANEXO 3

Quadro 2 - Portfólio Bibliográfico com artigos nacionais

AUTOR ANO	TEMÁTICA	RESULTADOS
Felli, (2012)	Condições de trabalho e adoecimento do pessoal de enfermagem	Observou que é necessário controlar a insalubridade, a periculosidade e a penosidade do trabalho.
Ribeiro et al., (2012)	Formas de adoecimento pelo trabalho da enfermagem.	Lombalgia, injúrias musculares, acidentes com perfuro cortante, estresse, tensão, poluição ambiental e dermatites.
Costa et al., (2000)	Prováveis efeitos do trabalho em turnos em sua saúde e vida social.	Queixas de caráter neuropsíquico, gastrintestinal e cardiovascular, relacionamento e tempo de convivência.
Pai e Lautert., (2008)	O trabalho em urgência e emergência de enfermagem em um serviço público de pronto-socorro.	A saúde das trabalhadoras é constituída a partir de dinâmica de trabalho, por vezes danosa, de contexto organizacional.
Secco et al., (2010)	Cargas psíquicas da equipe de enfermagem.	As cargas psíquicas relacionam-se à penosidade inerente à atividade, pelo convívio com a dor e a morte.
Araújo et al., (2003)	Demanda psicológica, controle no trabalho e ocorrência de distúrbios psíquicos na enfermagem.	Melhoria organizacional e o controle sobre o trabalho redimensionando os níveis de demanda psicológica.
Barbosa et al., (2014)	Qualidade de vida profissional em hospitais públicos.	Ocorrência de a síndrome da fadiga por compaixão.
Manuelito	Fadiga por Compaixão, Satisfação no	Há significativas correlações

(2016)	Trabalho e Desajustamento Emocional.	estatísticas entre Burnout, Stress Traumático Secundário, Stress, Ansiedade e depressão.
Filho e Almeida (2016)	Estresse ocupacional em profissionais da enfermagem.	Aumento a predisposição ao adoecimento ocupacional motivado por estresse no ambiente de trabalho.
Santos et al., (2010)	Estresse em enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva adulta.	Realizar reuniões de equipe, planejamento das atividades, participação ativa nas decisões da equipe multiprofissional.
Seemann e Garcez (2012)	Estresse dos técnicos de enfermagem de um Hospital Geral.	Ressalta-se a importância de amenizar os estressores e melhorar a assistência da Equipe de Enfermagem.
Galindo et al., (2012)	Burnout entre enfermeiros da assistência pediátrica de hospital geral.	Alto nível de exaustão emocional, realizar tarefas com muita rapidez e receber salário incompatível.
Amaral et al., (2013)	Estresse ocupacional dos trabalhadores do Centro Municipal de Saúde.	Desgaste emocional com a sobrecarga de trabalho causando estresse ocupacional.
Azeredo et al., (2011)	Enfrentamento da morte e do morrer na prática formativa de médicos.	Citar o sentimento de não preparação assinalado pelos acadêmicos entrevistados.
Rodrigues e Chaves (2008)	Estresse para enfermeiros que atuam em oncologia e verificar as estratégias de coping.	Fatores mais estressantes para os enfermeiros de oncologia: o óbito, a emergência, os problemas de relacionamento com a equipe.
Schmith et al., (2011)	Ansiedade e a depressão entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico.	Contatou-se diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de ansiedade

		relacionada a duplo vínculo.
Santos e Moreira (2014)	Analisar o processo de cuidar de crianças e adolescentes com doença crônica, o que inclui lidar com sua finitude.	Buscar saídas com (apoio religioso, psicológico) e a busca de um apoio coletivo baseado em relações pessoais.

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro 2 apresenta as temáticas e os resultados pretendidos pelos autores nacionais. O *estresse*, a demanda psicológica, os distúrbios psíquicos, a fadiga por compaixão e outros fatores são analisados pela maioria dos pesquisadores brasileiros. De fato, os autores brasileiros estão alinhados com os autores internacionais quanto a preocupação em entender a origem do fenômeno do adoecimento mental em profissionais de saúde.

ANEXO 4

Quadro 3 - Tabela com as teses e dissertações que se alinharam com a pesquisa

AUTOR	ABORDAGEM	RESULTADOS
Manuelito, 2016	Estudou os Profissionais de Cuidados Pré-hospitalar/emergência quanto a três variáveis: Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional e analisou as correlações entre elas.	Relativamente à Satisfação no Trabalho este estudo mostrou que existem diferenças significativas entre os gêneros. Existe correlações significativas entre as variáveis.
Melo, 2018	Analisar como a organização do trabalho interfere no desgaste de trabalhadores de enfermagem que atuam em Serviços de Medicina Nuclear à luz da Psicodinâmica do Trabalho.	Os desgastes vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem são diversos e estão relacionados à intensidade e natureza das cargas de trabalho a que esses trabalhadores estão expostos.
Macedo, 2015	Analisar os fatores determinantes de adoecimento psíquico de profissionais que trabalham numa Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município do estado de Minas Gerais.	Foram relatados sofrimentos, insatisfações com a organização do trabalho, sintomas psíquicos e afastamento por adoecimento mental.
Lima, 2011	Analisar a psicodinâmica do trabalho do cuidador social do abrigo de crianças e adolescentes em Macaé RJ.	Precarização e falta de recursos materiais e de pessoal e condições insuficientes na realização das tarefas.
Santos, 2010	Identificar a contribuição do Modelo Demanda Controle (MDC) e do suporte social, e do burnout para duração do absenteísmo/doença.	O burnout destacou-se para o aumento da expectativa da duração dos dias de licença para tratamento da saúde.
Vieira, 2014	Construir um Guia de cuidados em terapia intravenosa periférica com a equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal	Reafirmaram a necessidade de se refletir sobre as ações de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem

		no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal.
Oro, 2011	Refletir acerca da organização do trabalho de enfermagem, com vistas à experimentação/construção de uma proposta de trabalho coletivo que se aproxime da perspectiva do modelo de cuidados integrais.	Organizar o cuidado prestado ao sujeito hospitalizado considerando a necessidade dos mesmos de atenção individual, de relações solidárias, de autonomia.
Souza, 2015	Investigar se profissionais de saúde de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência.	Não há relação a um sofrimento decorrente de um envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores de seus pacientes.
Grasser, 2003	Avaliar a percepção do trabalhador de enfermagem sobre sua saúde, em específico sobre a relação da dor nas costas com o trabalho da enfermagem das Unidades de Internação.	As cargas de trabalho psicológicas, fisiológicas e as mecânicas foram as mais discutidas, pois, são as que mais se refletem no desgaste causado pelo trabalho.
Vieira, 2018	Verificar e indicar em que grau se apresenta o nível de estresse ocupacional dos trabalhadores, apresentar os fatores estressantes e correlacionar as principais fontes de tensão no trabalho com o desempenho de sua atividade laboral.	A Hemodinâmica, por ser um setor com atividades excessivas e variadas, possui um ritmo de produção intenso, impondo uma grande sobrecarga de trabalho para a equipe.
Druck, 2002	Refletir as ideias dos autores e as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a qualidade de suas vidas no trabalho.	Associa o processo de trabalho e saúde, como também revelaram a compreensão sobre o sofrimento no trabalho em relação à sua organização.

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro 3 apresenta o resultado da pesquisa realizada nos principais bancos de teses e dissertações que estavam alinhados com o tema desta pesquisa.

ANEXO 5

Questionário preliminar de identificação da Burnout

QUESTIONÁRIO PRELIMINAR DE IDENTIFICAÇÃO DA BURNOUT

Elaborado e adaptado por Chafic Jbelli, inspirado no Maslach Burnout Inventory – MBI
Obs.: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por Médico ou Psicoterapeuta.

MARQUE "X" na coluna correspondente:

1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho					
2	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho					
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho					
4	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros					
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família					
6	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais					
7	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim					
8	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo					
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente					
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)					
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho					
12	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes					
13	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente					
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo					
15	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário					
16	Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo					
17	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo					
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas					
19	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho					
20	Sinto que não acredito mais na profissão que exerço					
Totais (multiplique o numero de X pelo valor da coluna) →						
Some o total de cada coluna e obtenha seu score →						
Resultados:						
De 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout.						
De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout, procure trabalhar as recomendações de prevenção da Síndrome.						
De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout, procure ajuda profissional para debelar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no seu desempenho profissional e a sua qualidade de vida.						
De 61 a 80 pontos: A Burnout começa a se instalar. Procure ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.						
De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase considerável da Burnout, mas esse quadro é perfeitamente reversível. Procure o profissional competente de sua confiança e inicie o quanto antes o tratamento.						
ATENÇÃO: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta de sua preferência e confiança.						
Aprenda a identificar e prevenir a burnout com o curso: Stress docente: A Síndrome de burnout em professores INFORMAÇÕES						

ANEXO 6

Questionário *Self Report Questionnaire*

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

ANEXO 7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A ergonomia e o adoecimento mental de profissionais de enfermagem

Pesquisador: Leila Amaral Gontijo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 92146318.2.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.985.966

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda solicitada pelo pesquisador responsável de um projeto de pesquisa vinculado ao doutorado de Jorge Luiz Guedes Sant'Ana orientado por Leila Gontijo do PPG em Eng. de Produção. Serão aplicados questionários (anexados ao processo) e posteriormente realizadas de 8 a 10 reuniões no local com profissionais do setor (02 ou 03 enfermeiras ou técnicas), em horário pré estabelecido pela chefe do setor e conforme a disponibilidade do serviço no momento, em períodos que não ultrapassarão a 30 minutos. Serão 27 enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem voluntários com mais de 6 meses de experiência no setor. As reuniões gravadas para posterior transcrição. O ambiente se restringirá ao setor de oncologia pediátrica do Hospital Infantil Jana Gusmão. O motivo e justificativa da emenda é a retirada de informações solicitadas para serem retiradas do TCLE no que se refere a forma de ressarcimento aos participantes da pesquisa, conforme orientações anteriores vinculados a pendência emitida por este CEP/SH e o do HIJG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os mecanismos geradores de adoecimento mental em enfermeiros e técnicos de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica. Objetivos Secundários: a) Identificar os índices de Burnout e stress desses profissionais. b) Propor um conjunto de alternativas baseadas nos resultados de experiências de outros pesquisadores que poderão auxiliar os gestores em minimizar o fenômeno do adoecimento mental.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.985.966

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá haver cansaço, aborrecimento ou desconforto durante a participação das entrevistas e a gravação das mesmas. Na ocorrência de tais desconfortos, serão feitas pausas e interrupções até que o participante se sinta novamente confortável para continuar a reunião e ainda o pesquisador se dispõe a oferecer apoio de acupuntura gratuito e caso a acupuntura seja rejeitada, outros recursos que fizerem necessários. Poderá ainda, ocorrer a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e suas consequências nas relações pessoais e profissionais dos participantes”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores enviaram um novo TCLE atendendo pendência anterior emitida. O presente projeto foi aprovado em agosto de 2018 por este CEP/SH. Os pesquisadores, nesta versão de emenda anexaram o TCLE de acordo com as ponderações realizadas por este comite.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1213926_E1.pdf	25/09/2018 18:50:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	25/09/2018 18:48:28	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	25/09/2018 18:46:31	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.985.966

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/09/2018 18:46:31	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	19/06/2018 17:38:51	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo5.pdf	19/06/2018 17:37:36	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	anexo4.docx	19/06/2018 17:36:50	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo3.pdf	19/06/2018 17:36:24	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	anexo2.pdf	19/06/2018 17:35:48	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo1.pdf	19/06/2018 17:35:11	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	testeSTRESS.pdf	19/06/2018 17:34:26	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	burnout.png	19/06/2018 17:34:04	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Curriculum.pdf	19/06/2018 17:32:48	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoHIJG.pdf	19/06/2018 17:32:04	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Outubro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 8



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A ergonomia e o adoecimento mental dos profissionais de enfermagem: uma análise dos fatores predisponentes de adoecimento mental nos enfermeiros e técnicos de enfermagem de um centro de oncologia pediátrica

Finalidade: buscar dados para compor a tese de doutorado do curso de Pós Graduação em Engenharia de Produção, na área de Ergonomia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prezado (a) Senhor (a)

Por Favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se deseja participar deste estudo.

Justificativa: Esta pesquisa se justifica pela necessidade dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e técnicos de enfermagem que vivem diariamente submetidos à sobrecarga mental e física, no tocante a prevenir e reduzir o adoecimento mental em decorrência do trabalho, por disponibilizar informações para a comunidade científica sobre a prevenção do adoecimento mental no local de trabalho e também para os profissionais de saúde quanto à adoção de um comportamento profissional capaz de reduzir o adoecimento ocupacional.

Objetivo: Identificar os mecanismos geradores de adoecimento mental em enfermeiros e técnicos de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica e propor alternativas para os gestores no sentido de minimizar esse adoecimento.

Procedimentos: Os procedimentos que serão utilizados na pesquisa se resumem em responder a dois questionários 01. Questionários da Síndrome de Burnout e 02. Questionário

de sofrimento mental e participar de uma reunião de no máximo 30 minutos que será gravada. Serão tratados assuntos pertinentes à rotina de trabalho e situações comuns da vida diária.

Riscos da pesquisa

Informo que conforme o item II. 22 da Res. 466/12 - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, sobre risco e/ou desconfortos para o participante da pesquisa:

1. Informação aos participantes da forma como os riscos apresentados serão minimizados, no item 3: **Riscos:**

“Poderá haver cansaço, aborrecimento ou desconforto durante a participação das entrevistas e a gravação das mesmas. Na ocorrência de tais desconfortos, serão feitas pausas e interrupções até que o participante se sinta novamente confortável para continuar a reunião e ainda o pesquisador se dispõe a oferecer apoio de acupuntura gratuito e caso a acupuntura seja rejeitada, outros recursos que fizerem necessários. Poderá ainda, ocorrer a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e suas consequências nas relações pessoais e profissionais dos participantes”.

2. Discriminação clara da garantia de ressarcimento e de indenização, no item 3: **Riscos:**

“Na ocorrência de quaisquer situações que possam acarretar prejuízos aos participantes, em qualquer etapa da condução desta pesquisa, as indenizações decorrentes da mesma serão de responsabilidade do pesquisador”. Sendo assim, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa será garantido seu direito de indenização ou restituição via depósito bancário. Da mesma forma, todas as despesas decorrentes da participação desta pesquisa (transporte, lanche, materiais e outros) serão arcadas pelo pesquisador.

Desistência de participação: É garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade

Durante todas as fases da pesquisa, seu nome será mantido em sigilo absoluto, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou qualquer uma das organizações ou empresas que tenha porventura vínculo. Todas as informações colhidas por ocasião das reuniões serão utilizadas apenas para esta pesquisa e guardadas por dois anos pelo pesquisador e posteriormente destruídas.

Benefícios da pesquisa

Os benefícios esperados da sua participação estão em aumentar o conhecimento científico para a área de ergonomia, para auxiliar os gestores de saúde nas tomadas de decisões além de trazer dados para os profissionais de saúde em especial os enfermeiros e técnicos de enfermagem em identificar os principais fatores desencadeantes de distúrbios físicos e emocionais decorrentes do trabalho.

Outras considerações

O Sr(a) terá o direito de acompanhar todo o decorrer da pesquisa por meio dos contatos disponibilizados neste termo, bem como a esclarecimentos acerca da evolução da mesma, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e telefone do CEP-HIJG (48-3251-9092) em caso de problemas éticos enfrentados no decorrer da pesquisa.

Um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone 48 – 32519092 ou pelo email: cephijg@saude.sc.gov.br . Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

Jorge Luiz Guedes Sant'ana (Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção - PPGEP). email: jlgedessantana@gmail.com, R: Caminho dos Marimbondos 25 casa 2 Campeche, Florianópolis SC. Tel: (48) 33047448. Pesquisador Responsável.

Comitê de ética e pesquisa com Seres Humanos CEPESH – UFSC - Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). O pesquisador está a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

É garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que o Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensação financeira e terá a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Eu entendi que a pesquisa é sobre uma análise dos fatores que podem predispor o profissional de enfermagem ao adoecimento mental. Também compreendi que eu concordo em fazer parte dessa pesquisa, significando que deverei responder aos dois questionários acima especificados e em participa de uma reunião conforme já exposto.

Desta forma, eu aceito participar dessa pesquisa.

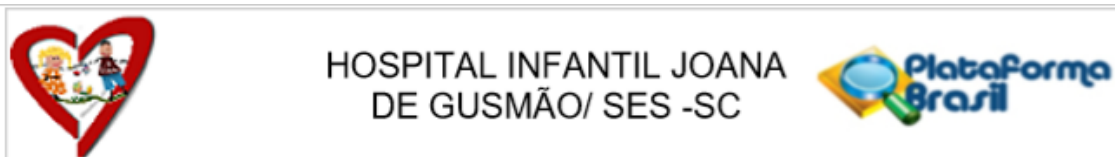
Florianópolis, SC, ____ de _____ de _____

Participante

JORGE LUIZ GUEDES SANT'ANA

Pesquisador

ANEXO 9



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ergonomia e o adoecimento mental de profissionais de enfermagem Modificado

Pesquisador: JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04411018.2.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.156.554

Apresentação do Projeto:

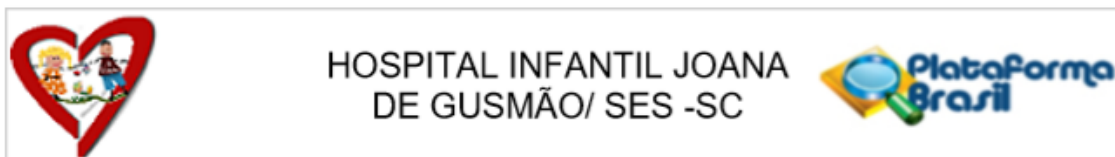
O projeto visa identificar os mecanismos geradores de adoecimento mental em enfermeiros e técnicos de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica.

Justifica-se pela necessidade dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e técnicos de enfermagem que vivem diariamente submetidos à sobrecarga mental e física, no tocante prevenir e reduzir o adoecimento mental em decorrência do trabalho, por disponibilizar informações para a comunidade científica sobre a prevenção do adoecimento psíquico no local de trabalho e também para os profissionais de saúde quanto à adoção de um comportamento profissional capaz de reduzir o adoecimento ocupacional.

A metodologia será inicialmente à aplicação de questionários que auxiliará o pesquisador a identificar o "Status Quo" da equipe no tocante aos resultados dos índices de o de Burnout ou de sofrimento mental. Em um segundo momento, serão realizadas de 5 (cinco) a 6 (seis) reuniões no local com profissionais do setor (enfermeiras ou técnicas), em horário pré estabelecido pela chefe do setor e conforme a disponibilidade dos profissionais e do serviço, em períodos que não ultrapassarão a 30 minutos com a finalidade de dialogar sobre a rotina diária no trabalho, as rotinas pessoais como afazeres domésticos, o levar os filhos para a escola, os deslocamentos para o trabalho, entre outros.

As reuniões serão realizadas no local de trabalho, com enfermeiras ou técnicas de enfermagem fins manter a igualdade entre pares. Serão utilizadas questões que buscarão responder como os

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agrônômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.156.554

fatores profissionais e pessoais podem influenciar as suas rotinas diárias e se podem ou não influenciar a sua saúde mental. As questões pessoais serão tratadas por meio de entrevistas individualizadas conforme voluntariedade.

Com a finalidade de orientar as reuniões, foram elaboradas algumas perguntas constantes de um check list, sendo importante ouvir pelo menos 50% dos profissionais do setor para se ter uma amostra representativa (15 profissionais, sendo 3 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem). O critério de exclusão será quanto ao tempo mínimo para participação de 06 (seis) meses de experiência no setor, sendo que as reuniões serão gravadas para posterior transcrição e análise de conteúdo.

O ambiente se restringirá ao setor de oncologia pediátrica do Hospital Infantil Joana Gusmão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar os mecanismos geradores de adoecimento mental em enfermeiros e técnicos de enfermagem em um centro de oncologia pediátrica.

-Objetivos específicos:

- a) Identificar os índices de Burnout e sofrimento mental desses profissionais;
- b) Propor um conjunto de alternativas baseadas nos resultados de experiências de outros pesquisadores que poderão auxiliar os gestores em minimizar o fenômeno do adoecimento mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

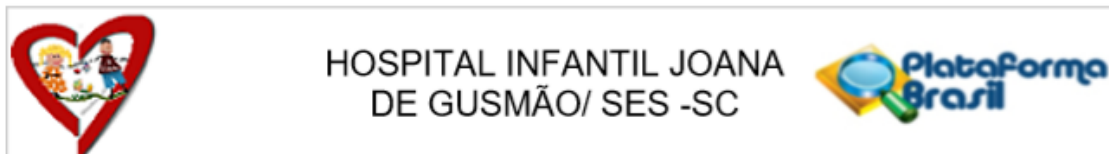
Informo que conforme o item II. 22 da Res. 466/12 - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, sobre risco e/ou desconfortos para o participante da pesquisa:

1. Informação aos participantes da forma como os riscos apresentados serão minimizados, no item 3:

Riscos:

"Poderá haver cansaço, aborrecimento ou desconforto durante a participação das entrevistas e a

Endereço: Rui Barbosa, nº 152		CEP: 88.025-301
Bairro: Agronômica		
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS	
Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092	E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.157.588

gravação das mesmas. Na ocorrência de tais desconfortos, serão feitas pausas e interrupções até que o participante se sinta novamente confortável para continuar a reunião e ainda o pesquisador se dispõe a oferece apoio de acupuntura gratuito e caso a acupuntura seja rejeitada, outros recursos que fizerem necessários. Poderá ainda, ocorrer a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e suas consequências nas relações pessoais e profissionais dos participantes”.

2. Discriminação clara da garantia de ressarcimento e de indenização, no item 3: Riscos:

“Na ocorrência de quaisquer situações que possam acarretar prejuízos aos participantes, em qualquer etapa da condução desta pesquisa, as indenizações decorrentes da mesma serão de responsabilidade do pesquisador”. Sendo assim, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa será garantido seu direito de indenização ou restituição conforme previsto em Lei. Da mesma forma, todas as despesas decorrentes da participação desta pesquisa (transporte, lanche, materiais e outros) serão arcadas pelo pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. O pesquisador apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa e respondeu corretamente a pendência elencada no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência elencada em Parecer Consubstanciado n. 3.156.554 datado de 20.02.2019, atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de 08/2019) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
 Bairro: Agrônômica CEP: 88.025-301
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 3.157.588

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1273768.pdf	20/02/2019 13:58:09		Aceito
Outros	Resposta.pdf	20/02/2019 13:56:03	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Curriculum.pdf	10/12/2018 12:13:08	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo5.pdf	10/12/2018 12:12:38	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	anexo4.docx	10/12/2018 12:11:02	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo3.pdf	10/12/2018 12:10:44	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	anexo2.pdf	10/12/2018 12:10:25	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Outros	Anexo1.pdf	10/12/2018 12:09:58	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	10/12/2018 12:09:28	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/12/2018 12:09:09	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/12/2018 12:08:10	JORGE LUIZ GUEDES SANT ANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

FLORIANOPOLIS, 20 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador(a))

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br