

## O Adoecimento do Enfermeiro em Hospital da Rede Pública Municipal

### The disease nurse at the hospital in the Municipal Public Network

Anageiveris Brito<sup>1</sup>  
Nelson Eduardo E. Rivero<sup>2</sup>

**Resumo:** Os enfermeiros têm contato constante com as relações de vida e morte; assim, o adoecimento desses profissionais resulta de vários fatores, entre eles a própria natureza do trabalho que exercem. Seja pelas incumbências profissionais intrínsecas a cada área, seja pelas interferências contextuais, é inegável que as relações de trabalho perpassam também por situações de sofrimento físico ou psíquico, o que caracteriza o adoecimento profissional. A forma como um grupo de profissionais se comporta em relação a determinados componentes, como o adoecimento, também reflete suas representações culturais. Nesse sentido, este artigo aborda a questão do adoecimento dos enfermeiros de um grupo hospitalar da rede pública do Rio Grande do Sul. Além disso, reflete sobre a teoria das representações sociais, a qual se propõe, entre outros interesses, a compreender a forma como um determinado grupo social constrói seu conjunto de saberes e o expressa perante situações diversificadas, caracterizando sua identidade.

**Abstract:** The nurses have in their routine of work the constant contact with the life and the death; like this, the own nature of its work has relation with the illness of those professionals beyond others several factors. Be for the inherent professional responsibilities, be for the interferences text, is undeniable that the relations of work are constituted also by physical or psychological situations of suffering, characterizing that illness professional of private form. The form as the professionals of nursing are related with their routine, with its task in the professional field, their responsibilities and challenges are influenced by present social representations in the collective of work. In that sense, this article will approach the question of the social representation of the illness of the nurses of an hospital group of the public net of Rio Grande do Sul. It proposes itself, then, it understand the form as a determined group of professionals of the nursing build their joint of knowledge and express before situations diversified. Like this have to the end of the inquiry a composed social representation for four categories: perceptions about the profession of the nursing, relations of work, action in the public sector and representation of the illness.

**Palavras-chave:** Representação Social. Enfermagem. Adoecimento. Serviço Público

**Keywords:** Social representation. Nursing. Illness. Public service.

---

<sup>1</sup> Psicóloga

<sup>2</sup> Psicólogo. Professor do Curso de Psicologia da Unisinos, doutorando da PUCRS.

Na conjuntura sócio-econômica em que vivemos, o adoecimento entre os trabalhadores é sempre causador de inquietudes profissionais, familiares e sociais. Sem muito esforço, podemos constatar que, diante da adversidade, esses trabalhadores tentam controlar o surgimento de sintomas de adoecimento de alguma maneira. Essa realidade é resultante de um somatório de fatores que, em última instância, pertencem ao universo cultural no qual os indivíduos estão inseridos e do qual também são perpetuadores. Podemos encontrar referências sobre este manejo da doença em Dejours (1992) quando apresenta a “ideologia da vergonha” junto ao subproletariado francês, ou mesmo em Tittoni (1994) quando destaca o modo de ser em trabalhadores petroquímicos, ou mesmo com Codo (2004) quando discute o enlouquecimento pelo trabalho.

Danos à saúde física e psíquica ocorrem em função da permanência do trabalhador em um contexto desencadeador de reações adversas, nas quais seus recursos de enfrentamento não se mostram eficazes. Cabe ressaltar a multiplicidade de fatores etiológicos do adoecimento no trabalho, englobando variáveis psicossociais, estresse e carga física de trabalho.<sup>3</sup>

Consequentemente, não se deve aceitar o reducionismo de argumentar a existência de uma causalidade linear para as doenças ocupacionais. Isso porque não se pode menosprezar a influência do contexto que envolve a dinâmica indivíduo-trabalho-organização sobre as manifestações físicas e psíquicas de sofrimento. A articulação entre trabalho e os processos saúde-doença do trabalhador são indicativos a serem validados quando se pensa em adoecimento.

Portanto, é de suma importância a compreensão dos significados subjetivos sobre as condições de vida e de trabalho frente às perspectivas existentes no mercado, para que possa de fato haver promoção à saúde e humanização do trabalhador. Com essas referências, é possível empreender uma luta para reverter ações tendenciosas e resgatar a autonomia do homem frente a sua construção de realidade psicossocial, criando um cenário favorável à saúde. Nesse sentido, a organização e seu representante deverão enxergar para além da doença ou da não-doença; e isso o profissional da saúde jamais poderá esquecer, sob pena de operar

---

<sup>3</sup> Sobre isso ver Neves, M.Y., Seligmann-Silva, E., Athayde, M. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção In Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma / Antonio Araújo, Maria de Fátima Alberto, Mary Yale Neves e Milton Athayde, organizadores. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

um imenso reducionismo na sua prática e silenciar o sofrimento do trabalhador, adoecendo e estigmatizando-o.

Neste artigo apresentam-se os resultados oriundos de uma pesquisa com profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar sobre a representação social do adoecimento que estes profissionais possuem. O objetivo norteador da investigação consiste em auxiliar uma instituição de trabalho (no caso um hospital municipal) a compreender as transformações acerca das relações no contexto produtivo a partir do lugar do profissional de enfermagem.

Pretende-se, com os resultados advindos dessa análise, apontar possibilidades de intervenção nos dilemas aflitivos surgidos, pela assimilação das representações vinculadas às causas e conseqüências do adoecimento, de forma a humanizar as relações de trabalho. Neste artigo, inicialmente, serão esclarecidos os conceitos principais trabalhados, em seguida, explicita-se o plano metodológico e, posteriormente, discorre-se acerca das categorias que compõe a representação social do adoecimento e apresentam-se as reflexões finais.

## **Saúde Mental**

As transformações ocorridas no mundo do trabalho no final do século XX e início do XXI têm apresentado reflexos freqüentemente negativos sobre a saúde dos trabalhadores. Ampliar a compreensão sobre as formas de adoecimento no trabalho, enfatizando o contexto histórico que as norteia, a evolução conceitual, a definição e as variáveis envolvidas na etiologia de cada uma amplia a relação entre esses fenômenos. A moderação ou mediação do estresse ocupacional nos distúrbios osteomusculares, a presença de *burnout* e de vivências de sofrimento em contexto de precariedade são evidências desse adoecimento.

Existem diferentes dimensões do desconforto psicológico. Logo, os indicadores críticos do ambiente de trabalho que favorecem a ocorrência de vivências de sofrimento, o enfrentamento do estresse pelo trabalhador e a importância da condição de “estar empregado” para o bem-estar do indivíduo são interventores significativos na questão da saúde mental do trabalhador. No entanto, por si só, a organização do trabalho não é causadora de doenças mentais específicas, porque essas dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início de sua vida.

O significado do trabalho, ou seja, o controle do trabalhador sobre o trabalho, a importância social do trabalho, a rotina, o sentido do trabalho, as

relações sociais de produção, ou seja, o relacionamento com colegas e com a hierarquia, as atitudes do trabalhador frente ao trabalho, sua satisfação e seu comprometimento, a carga mental do trabalho, as dificuldades no relacionamento social do trabalhador devidas ao trabalho, o suporte social, o suporte afetivo, o conflito trabalho-família, são todas variáveis já reconhecidas como importantes para determinar o nível de saúde mental do trabalhador. (CODD, 2002).

Por outro lado, constata-se que a qualidade de vida do trabalhador vem se degradando paulatinamente. Isso se deve ao fato que, como o homem passa a maior parte de seu tempo trabalhando, as relações pessoais no ambiente das organizações produtivas deveriam ter um valor afetivo de extrema importância, mas isso não se concretiza. Na maioria das situações, as relações de companheirismo e amizade no trabalho são passageiras, imediatistas, orientadas por uma cultura que visa, sobretudo, à produtividade, ao lucro, ao aperfeiçoamento.

Consequentemente, as pessoas parecem não estar mais preocupadas com o significado do seu trabalho ou com a oportunidade de vivência e trocas afetivas, mas sim com a manutenção de seu posto de emprego, o qual está subordinado a um sistema que instiga a competição, não a colaboração. Já que vivemos em um estado de trabalho momentâneo - pois as empresas podem descartar funcionários a qualquer instante, em busca de maior rendimento a um menor custo - acumulam-se aprendizagens, cursos, “pontos” no currículo, dinheiro, visando ao próximo processo seletivo.

Portanto, é natural que o desgaste provocado pelo entorno das organizações de trabalho gerem no indivíduo problemas de saúde, os quais abalam também sua saúde mental, visto que a separação entre corpo e mente – no tocante à questão do ser saudável - é apenas semântica, pois se trata de uma condição indissociável. O trabalho é uma fonte de significados e representações e pode constituir-se como uma vivência negativa, positiva, de prazer e sofrimento na vida, confirmando sua condição antitética na vida dos sujeitos.

Neste texto, aborda-se o sofrimento como um estado decorrente de uma tensão frente às dificuldades de atravessamento institucionais que geram sentimentos de impotência. Esse estado, por sua vez, retorna sob a forma de ansiedade, dores no corpo, irritabilidade, desânimo e, em alguns casos, patologias como depressão, entre outras.

O local de trabalho é um espaço no qual procedimentos, valores, ideologias, cultura, regras, interesses, estruturas de poder e mecanismos de controle dão corpo a determinados processos que, por sua vez, não são homogêneos. Portanto, os novos problemas de saúde do

trabalhador são oriundos de razões não tão modernas assim, apesar da existência de novas situações no mundo do trabalho. Ou seja, os problemas de saúde no trabalho continuam a ser observados quando há falta de relação produtiva, seja de prazer ou de representações saudáveis, entre o ambiente de trabalho e as pessoas.

Os profissionais que atuam em saúde também são alvo deste “adoecimento”, porque

[...] a organização do trabalho atua na gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis, quais sejam: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a inexistência ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, o não controle do trabalhador sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, por conseguinte, de quem o realiza. Tudo isso como fontes de insatisfação e conseqüente agressão à vida psíquica do trabalhador vinculadas à organização do trabalho. (SILVA, 1987).

É fácil perceber, mesmo de forma não científica, que no processo de formação da identidade do trabalhador, este carrega na memória a promessa de ser confiável, honesto, dedicado, enfim, ser "trabalhador". A carga da responsabilidade que se assume é uma característica dessa identidade. Se, por algum motivo, não conseguir cumprir sua promessa, como no caso do adoecimento, o trabalhador sente-se culpado e em dívida. Para Nietzsche (1978), “no momento em que o homem é capaz de fazer promessas e tornar-se necessário, confiável, dentro do que se chama de uma ‘moralidade do costume’, ele torna-se um devedor”. Para infundir confiança e garantir seriedade, empenha aquilo sobre o qual ainda tem poder, como seu corpo, sua liberdade ou até mesmo sua vida.

Numa cultura marcada pelo imediatismo, o sofrimento é visto como um sinal de fraqueza. Assim, a tristeza e o medo (muito comuns no âmbito do trabalho), ao não serem reconhecidos como dimensões próprias do ato de viver, são transformados em depressão e fobia; conseqüentemente, o processo do adoecimento abre maiores possibilidades de afastamento do trabalho. Ademais, o adoecimento só é possível devido à existência de um discurso e uma prática que o constituem e o reafirmam.

Nesse sentido, investigar qual a representação social do adoecimento para determinada categoria pode nos dar condições de compreender melhor seus discursos e suas ações no campo institucional.

## **Representação Social**

Cabe afirmar que o processo de saúde e doença no trabalho deve ser entendido dentro de um princípio de integralidade, segundo o qual o adoecimento não é provocado puramente por fatores biológicos individuais, mas sim mediado e contextualizado segundo as práticas sociais organizadas a partir de uma divisão social e sexual do trabalho. Nos hospitais, a busca constante pela qualificação dos processos que envolvem a assistência ao paciente é permeada, sem dúvida, pela padronização de procedimentos e pelas representações sociais que as equipes têm, ou adotam.

A teoria das representações sociais pretende conhecer o modo como um grupo humano constrói um arsenal de saberes que expressa a identidade de um grupo social, além do conjunto de códigos culturais que definem as regras de uma comunidade. Serge Moscovici (2003, apud OLIVEIRA, 2004), sociólogo romeno, muito contribuiu na discussão sobre representações sociais, ao analisar de que forma o conhecimento produzido tem impacto sobre as práticas sociais e vice-versa, canalizando seus estudos para a interação entre grupos, atos e idéias que constituem e transformam a sociedade. Segundo Oliveira (2004) as representações não derivam de uma única sociedade, mas das diversas sociedades que existem no interior da sociedade maior.

No mundo do trabalho, essas representações sociais auxiliam no entendimento do comportamento do trabalhador, ou seja, a forma como ele reage perante as peculiaridades da organização em que atua. Na maioria das vezes, ao praticar determinadas ações, ou repetir determinados discursos, o trabalhador age mais por razões simbólicas (ou de outro cunho cultural) que propriamente por razões lógicas, racionais ou cognitivas. Conforme os estudos

de relações sociais, o social é coletivamente edificado e o ser humano é construído através do social.

Dessa forma, o adoecimento do funcionário dentro das organizações é uma realidade que reflete como este se percebe em relação ao seu próprio trabalho, porque, em nossa sociedade, o trabalho ocupa um lugar de destaque. Consequentemente, a perda de seu trabalho – ou a incapacidade de mantê-lo por questões de saúde – conferem ao indivíduo ou lugar de repulsa em seu meio, caracteriza-o como alguém improdutivo, ou incapaz, um “fardo” para o grupo social. Por isso, um dos grandes desafios do psicólogo que trabalha na área organizacional é avaliar que representações são essas e como propor medidas para melhorar não somente a relação dos funcionários com seus próprios afazeres, como também a relação deles com a organização.

A Psicologia Social, diante dessas constatações, voltou-se também para o estudo da díade trabalho-saúde. Postula-se, então, que o bem-estar dos trabalhadores poderia ser proporcionado com modificações na gestão organizacional, abrindo mais espaço para autonomia, reconhecimento e valorização pessoal, com o uso de estratégias positivas para enfrentar o sofrimento decorrente da situação laboral ou da perda de trabalho. Neste último caso, é de suma importância estimular o desenvolvimento de estratégias voltadas para o resgate da auto-estima e do sentido do trabalho.

A necessidade de defender a vida em comum, ameaçada hoje pela miséria, pela violência e pela desigualdade, é também a necessidade de recuperar o pensamento, a palavra e a plena possibilidade de construir saberes sociais. Esta é uma necessidade crucial não somente porque sustenta a possibilidade da democracia e da cidadania – onde sujeitos políticos se encontram na ação e no discurso para participar daquela esfera de vida que é comum a todos nós, mas também porque ela aponta para a constituição de vidas individuais que sustentem em si mesmas as conseqüências plenas do fato de que as pessoas vivem umas com as outras e não existe vida humana sem a presença de outros seres humanos. (JOVCHELOVITCH, 1994).

Assim, a teoria das representações sociais contempla a necessidade contemporânea que os indivíduos têm de interagir e expressar determinadas condutas partilhadas por um grupo social afim. Em outras palavras, pode-se afirmar que as representações sociais pertencem à contemporaneidade, à medida que auxiliam na articulação e na expressão dos diversos fenômenos sociais em uma sociedade cada vez mais dinâmica, ativa e multifacetada.

Utilizar essa teoria para refletir sobre o comportamento explícito (ou não) de determinado grupo, suscita a necessidade de se adotar dois processos principais, a saber: a objetivação e a ancoragem. O primeiro consiste em, basicamente, eleger um “foco” de estudo de maneira concreta, ou seja, transformar o objeto da representação em algo objetivo. Em relação à ancoragem, esta se direciona à inserção do conhecimento em cada sujeito pertencente ao grupo. Ora, sabendo-se que as representações sociais são produzidas por grupos específicos, e que existe comunicação entre os diferentes grupos, é natural que haja entre eles uma intensa troca de ações, a qual resulta num processo contínuo de interação e aprendizagem.

## **Método**

Para investigação do universo das representações sociais, pode-se fazer uso de metodologias de abordagem qualitativa por propor-se a, entre outros fatores, compreender a forma como um determinado grupo social constrói seu conjunto de saberes e o expressa perante situações diversificadas, caracterizando sua identidade. Na investigação feita, como técnicas de coleta de dados, foram utilizadas a técnica do grupo focal e entrevistas individuais.

O grupo focal fundamenta-se no uso de entrevistas que exploram a interação desenvolvida dentro do grupo em estudo, neste caso específico, o grupo de enfermagem. Dessa forma, tem-se a vantagem de criar um espaço consistente de troca de idéias sobre determinado tema, dentro de um tempo específico, no intuito de aprofundar a discussão conjunta. O resultado provável é um somatório de dados mais expressivo do que se obteria em uma entrevista individual.

Compreende-se que o uso dessa técnica auxilia a uma manifestação mais fidedigna do pensamento real de um grupo, bem como expressa os motivos pelos quais os integrantes (inter)agem de determinada maneira. Por isso, o estudo de grupos focais é tão apropriado no campo das ciências sociais, especificamente quando se trata de comportamento humano e reflexão sobre a construção da identidade de um grupo. Contudo, perante suas peculiaridades, cabe ao pesquisador uma série de cuidados.

Na condição de coordenador do grupo focal, são tarefas do pesquisador: registrar as falas dos participantes dos grupos, transcrever as entrevistas, analisar os registros feitos,



associando-os à audição das entrevistas (para captar os investimentos afetivos), e categorizar os dados obtidos, interpretando-os conforme o referencial teórico e à luz dos objetivos da pesquisa.

A análise dos dados tem como premissa maior a compreensão de toda a subjetividade advinda da coleta, bem como a articulação com os pressupostos da pesquisa e o contexto cultural abordado. Portanto, para que essa análise seja produtiva, é importante classificar os dados em conjuntos de categorias que, por sua vez, serão a base para a análise do conteúdo.

A partir da categorização dos dados, é possível realizar a construção de um mapeamento das categorias dos grupos focais, o que pode ser útil até mesmo para a criação de uma entrevista ou questionário mais estruturado, os quais serão aplicados a outros grupos ou até mesmo como forma de entrevistas individuais. Nesse sentido, as entrevistas individuais realizadas neste estudo fazem parte de um processo de complementação da investigação sobre representações sociais e corroboração do universo de categorias do discurso do grupo focal em um procedimento técnico individual.

A escolha do profissional de enfermagem se justifica pela qualidade das funções desenvolvidas durante vinte e quatro horas na assistência ao paciente, assim como este grupo exerce funções de coordenação e compõe o grupo profissional mais expressivo numericamente dentro da Instituição estudada. É o enfermeiro que deve responder tanto aos seus subordinados quanto ao superior imediato ou não, bem como aos demais profissionais da equipe de saúde do hospital e aos pacientes e familiares. Essas demandas podem acarretar no adoecimento deste profissional e interferir diretamente no andamento da rotina do setor e, por vezes, da própria organização. Em relação aos atravessamentos que ocorrem na organização ou na Rede Pública de Saúde, é este profissional que deve acolher e gerenciar seu grupo, mesmo não concordando com as medidas tomadas, ou que estas não sejam as desejadas frente ao seu trabalho e competência.

O grupo total de enfermeiros na instituição é composto de 31 profissionais, sendo 27 enfermeiros do gênero feminino e 4 masculinos. Dois funcionários deste grupo encontram-se afastados. Todos foram convidados para participar de um grupo focal sobre o tema. Houve uma reunião com o grupo em que foram explicados os objetivos do estudo, o caráter voluntário da participação e como seriam desenvolvidas as entrevistas em que todos os profissionais citados compareceram. No entanto, para o grupo focal, estiveram presentes apenas oito profissionais do sexo feminino. Assim, foram convidados três profissionais do

sexo masculino que pertencem ao grupo de enfermagem do Hospital investigado para as entrevistas individuais, a fim de manejar o recorte de gênero que se criou a partir da constituição voluntária do grupo focal.

Por fim, cumpre esclarecer que foi feito registro em áudio do grupo focal e das entrevistas individuais e a transcrição, na qual são de fundamental importância as características discursivas presentes na retórica, tais quais os silêncios, as hesitações, a organização do discurso individual e coletivo, as contradições entre discurso e prática; ou seja, todo e qualquer indicador dos investimentos afetivos presentes na interação do grupo de enfermeiros. A constituição das categorias e a análise dos dados tiveram como base o modelo da autora Minayo (1994), mais especialmente as definições metodológicas contidas no texto de Gomes (1984) em livro organizado pela autora referida.

As categorias, enquanto indicadores discursivos, permitiram a reflexão sobre as ações do grupo, bem como a compreensão do comportamento e do funcionamento desses profissionais da saúde no contexto em que estavam inseridos naquele momento. Também possibilitaram alcançar as representações sociais – expressa nos discursos – que constituem a identidade do grupo, a forma como ele se fortifica e o modo como opera materialmente com essas representações.

### **Análises das Categorias<sup>4</sup>**

A apresentação e discussão das categorias resultantes da análise dos discursos dos entrevistados serão feitas em dois momentos: inicialmente são apresentadas categorias diretamente resultantes do esgotamento na análise dos discursos e que obedecem à condição de exclusão mútua. A seguir, partindo do movimento dialético e hermenêutico proposto, são apresentadas novas categorias que reúnem e articulam as anteriores na busca da composição da representação social do adoecimento e seus indicadores, que se organiza em torno de quatro categorias finais: percepções individuais e sociais da profissão da enfermagem, relações de trabalho, atuação no setor público e representação da doença.

#### **5.1.1 Do Sentimento frente à Profissão**

---

<sup>4</sup> Os relatos utilizados nessa seção foram extraídos das transcrições das entrevistas; logo, não são identificados individualmente, por serem representativos do grupo de enfermagem, não de cada enfermeiro participante da pesquisa.

Os enfermeiros lidam cotidianamente com a questão da morte e isso, por si só, já é um gerador de angústia. Além disso, há situações em que o profissional tem que aprender a contornar o sentimento de desamparo frente a um determinado procedimento, ou até mesmo se sujeitar a realizar algo com o que não concorde, seja no âmbito administrativo ou técnico. Isso fica evidente na fala do entrevistado<sup>5</sup> “[...] às vezes tu não tem funcionário suficiente pra fazer, né, aí, de repente se tu acha que uma coisa é contra, né, se tu acha que aquilo ali é uma coisa errada de fazer com o paciente, como é que tu vai bater de frente, né?”. Alia-se a esses fatores a própria falta de conhecimento por parte de alguns profissionais, e o descaso com a busca deste “saber”.

Quando se analisa o depoimento de alguém que diz ter de lidar com as mais variadas interferências em seu cotidiano de trabalho, como “[...] entre nós, .. tudo aquilo que ela tem que suportar, ou , né, médico que chega e se dá o direito de achar que qué acordar com o pé direito ou esquerdo aquele dia.[...]”, fica clara a percepção do enfermeiro ao exercício do a seu trabalho, ou seja, de alguém que, no contexto pesquisado, é alvo de escuta e depósito de uma série de conflitos. E isso tudo gera a dúvida entre o ser enfermeiro e ser visto como tal.

[...] familiar que tá, né, com problema, sob pressão, que tá ali, né, é uma paciente que tem risco de vida, é o funcionário que também, né, se dá muito no direito de xingar, né, com crises de TPM, coisas parecidas, assim, né. E aí, isso tudo vem pra ele né, isso se direciona pro enfermeiro, pra chefia da unidade. E aí tu não pode né, imagina, tu vai gritar, xingar teu funcionário?  
[...]

Consequentemente, o sentimento notório é a falta de valorização profissional, visto que ao enfermeiro cumpre exercer um ampla gama de tarefas que acaba desqualificando sua própria formação profissional. “[...] eu tive que sair do país pra trabalhar realmente como enfermeira, porque lá a gente trabalha como enfermeira, nós somos respeitados como tal [...]”. Este sentimento perpassa na própria conduta do profissional, o qual sente-se incapacitado para corresponder a toda a demanda a que é submetido, gerando uma situação de menor valia, posto que sente-se desmotivado e até desrespeitado.

### 5.1.2 Sobrecarga Indevida de Responsabilidades

---

<sup>5</sup> As falas dos entrevistados foram transcritas em sua forma original, sem intervenções de qualquer natureza.

O enfermeiro está, literalmente, à frente de toda uma equipe que lida diretamente com os pacientes. Então, todas as cobranças e queixas chegam diretamente a ele, mesmo aquelas sobre as quais ele não tenha nenhuma responsabilidade. Isso torna o trabalho bastante desgastante e provoca não só o afastamento desses profissionais - os quais desenvolvem sintomas físicos como pressão alta e problemas de coluna, entre outros - como o adoecimento do grupo, que assume o ônus de uma situação adversa de trabalho. Os depoimentos seguintes esclarecem o que foi dito<sup>6</sup>:

Não é que eu me incomode de trabalhar no final de semana. Quando eu estou trabalhando no final de semana, não é com o paciente, não é com a assistência direta com o paciente, isso eu gosto muito de fazer, mas me incomoda ter que resolver problema de assistente social, de psicóloga, por que eu tenho que fazer isso? Eu sou enfermeira. Tô cuidando do meu paciente. Estou fazendo o que eu gosto de fazer. Por que não me dão o direito de fazer o que eu gosto de fazer?

Na verdade, a gente não tem muito foco. Nosso foco é o paciente né, isso, teoricamente, mas na prática tu tem que responder até pela... pela limpeza do quarto que não foi feita.

Todos demonstram incômodo com esse excesso de atribuições, e, na rotina do hospital, convencionou-se que o enfermeiro tem que sempre estar pronto para resolver problemas de qualquer natureza. Porém, essa situação gera desgaste físico e emocional, ocasionando uma grande insatisfação com seu próprio trabalho (o qual não pode ser desempenhado devidamente, dada a carga de atribuições) e mal estar perante seu desempenho, visto por todos como insatisfatório. “O enfermeiro, grosseiramente falando, é “pau pra toda obra”. O fulano não fez, o enfermeiro faz. “Essas coisas é o que mais me incomoda”. Atribuir todos estes papéis ao enfermeiro, para que ele os desempenhe com dignidade e competência é algo sobreumano, segundo os entrevistados.

### 5.1.3 Reconhecimento

Uma grande queixa presente no discurso dos entrevistados centra-se no fato de que existe competitividade incômoda entre os enfermeiros. Em decorrência disso, não há

---

<sup>6</sup> Os depoimentos pertencem a pessoas diferentes.

reconhecimento entre colegas. Todos são igualados, sem distinção. Mesmo que em raras vezes, as chefias ou os pacientes e seus familiares reconheçam a dedicação do enfermeiro, nunca um colega estimula o outro dessa forma. Conforme verbalizou uma das entrevistadas “[...] e não conseguimos sequer ser reconhecidos pelo que fizemos, o que mais me deixa doente, o que mais me revolta é isso, não ser reconhecida”. O esforço diário, as pequenas ações do dia-a-dia no hospital sequer são percebidas, e o profissional sente que precisa de um incentivo (um elogio) para continuar a exercer suas funções.

#### 5.1.4 Especialista X Genaralista (Conhecimento Científico)

Como nos acomodamos com o pouco que sabemos, essa é a parte que eu acho ruim, a gente não continua a estudar. Como somos enfermeiros, nosso saber está sacramentado. Falta pra nós estudar mais um pouco, por aí e por outras coisas... Nós nos acomodamos muito com o pouquinho que sabemos.

A apatia em relação à aquisição do conhecimento demonstra ser um indicador comum do adoecimento segundo os entrevistados. Em várias falas fica evidente uma acomodação dos enfermeiros em relação ao seu próprio saber, como se não houvesse necessidade de aprimoramento ou continuidade dos estudos, dado o ambiente em que trabalham.

Há uma aceitação quase implícita de que existe uma tendência, no hospital em que atuam, de menosprezar o conhecimento mais amplo. Cada um está acomodado em sua função, em seu setor, sem demonstrar preocupação em ter uma visão mais globalizada dos demais setores, como se não quisessem um maior envolvimento e comprometimento. “[...] E o que eu vejo por aqui, aqui no hospital, porque é pra falar daqui, é quanto menos conhecimento melhor, porque menos responsabilidade eu tenho sobre aquilo [...]”, diz uma das enfermeiras. E outra complementa “[...] eu admiro o enfermeiro que consegue trabalhar em todas as unidades, que tem a visão do todo [...]” e demonstra sua preocupação quando reforça “[...]o enfermeiro não está preparado para ser um generalista, talvez ele até tenha suas dificuldades, ou então uma certa restrição a abrir os horizontes.”

Existe um consenso sobre a falta de preparo do enfermeiro, tanto no que se refere ao conhecimento técnico, como àquilo que lhe dá suporte para conduzir de forma mais eficaz as especificidades de sua profissão. Alguns entrevistados reconhecem que faltou uma preparação – durante o curso de enfermagem – direcionada ao bem estar do profissional, a formas de lidar

com os desafios do trabalho no ambiente hospitalar, o que gerou uma “falta de amadurecimento profissional”<sup>7</sup> e uma visão limitada de sua própria profissão.

#### 5.1.5 Outras Relações de Trabalho (Múltiplos Empregos)

O fato de o enfermeiro não ter, em nossa sociedade, o reconhecimento de outros profissionais da mesma área (saúde), faz com que o nível salarial da categoria seja baixo. Com isso, é uma prática comum ter dois ou mais empregos. Ora, se um profissional atua em diferentes locais e possui uma elevada carga horária de trabalho, seu desempenho ficará comprometido, até mesmo pelo desgaste físico e emocional ao qual se submete. Isso é claro neste relato:

[...] gente que trabalha em dois empregos e tem que ganhar mais porque realmente o salário é baixo, e adocece fisicamente, né, problemas físico: coluna, cansaço, enfim. E por causa desse segundo emprego o pessoal fica extremamente cansado, né, muito cansado. Cansado fisicamente, cansado logicamente, né, tu fica sem paciência, tu fica sem, sem as vezes sem paciência, assim, pra tudo. Acho que o ... , hã, causa uma doença que é muito conhecida, na área da enfermagem, que é o fato do pessoal ter esses dois empregos,

#### 5.1.6 Público x Privado

Assim como em qualquer setor ou área de atuação, existe uma percepção de que as pessoas não se esforçam como deveriam pelo fato de terem estabilidade de emprego, por ser o Público Municipal. Esta visão do serviço público é algo que já faz parte do senso comum e está bastante arraigada na sociedade. “[...] instituição que oferece certa estabilidade atrai um perfil e esse perfil acaba com esses sintomas que seriam uma doença. [...] Talvez, uma preguiça. Isso é que é o problema do hospital ... o pessoal é acomodado. Vem aqui e se acomoda. A máquina pública [...]”.

O fato de alguns profissionais não terem experiência em instituições privadas consiste em uma das causas do adoecimento do enfermeiro. Falta para estes, conforme opinião do grupo, ter uma visão diferenciada do trabalho, mais dinâmica e participativa. Ademais, essa acomodação gera intrigas e desavenças que nunca são resolvidas e inibem ainda mais a

---

<sup>7</sup> Expressão utilizada por uma enfermeira entrevistada.

existência de um ambiente sadio de trabalho. “ [...] as pessoas se expressavam, mas já, bom, já dava aquele stress no momento ... e acabou com a coisa ali. o serviço continuava igual as pessoas te tratavam como se nada tivesse acontecido. *Aqui não*<sup>8</sup>. Aqui a coisa fica, aquela coisa [...]”.

Por outro lado, apesar de conceder certa liberdade de ação ao enfermeiro, a estabilidade também tolhe sua capacidade de inovar, porque ele tem que se adaptar ao sistema existente – igualando-se ao grupo – e de intervir nos problemas, visto que os profissionais a ele subordinados também possuem estabilidade.

### 5.1.7 Condições de Trabalho

Mas aí a gente tem que cuidar daquele paciente que tá mal. A gente tem que cuidar daquele familiar que tá estressado, a gente tem que cuidar da lâmpada que tá queimada, da descarga que não funciona. O porteiro que tá chamando, a televisão que não pega. *Nós temos que fazer tudo, nós somos o maior número de funcionários neste hospital. Nós somos os mais falados como os piores.*<sup>9</sup>

O relato feito pela enfermeira caracteriza as condições de trabalho às quais os entrevistados estão sujeitos. Não se tratam apenas de condições físicas e materiais, mas também condições culturais, que estão seriamente vinculadas ao “lugar” que o enfermeiro ocupa profissionalmente. E esse não é um lugar de reconhecimento, mas que desgasta e adocece, segundo os entrevistados.

Paralelamente, e não menos importantes, estão os problemas oriundos da falta de recursos necessários ao trabalho, que abrangem desde os equipamentos para procedimentos específicos até funcionários qualificados para o atendimento, conforme este depoimento exemplifica “aí tu chegas na UTI, por exemplo, tu vê que teu paciente tá perdendo sangue, tu vê que teu paciente tá perdendo tempo, que ele vai perder a vida e tu não tem o que fazer. Tu não pode fazer nada.”

### 5.1.8 Facilidades X Relação Hospital

---

<sup>8</sup> Grifo do autor.

<sup>9</sup> Idem

Um ponto positivo levantado pelos entrevistados é a liberdade na forma de trabalhar, no que se refere à tomada de decisão em relação ao cotidiano que as pessoas têm no hospital estudado, até por se tratar de uma instituição pública. Porém, muitos depoimentos indicam que esta é uma situação controversa, pois, se, por um lado existe mais tranquilidade para trabalhar, o que não ocorre numa instituição privada, por outro há o sentimento implícito de buscar um espaço de maior reconhecimento e possibilidade de ascensão profissional.

Essa percepção dúbia se comprova neste relato “[...]eu gosto e trabalhar aqui por que tu tem liberdade, tu pode te expressar, tu pode ir na tua maneira de trabalhar, sem problemas, sem preocupação de ter alguém te vigiando o tempo todo”. No decorrer de sua fala o entrevistado expressa o desejo comum “[...]se adaptar a gente nunca se adapta, né, a gente agüenta, de repente, suporta, se molda e tal, mas quando tu puder, tu pula fora [...]”.

#### 5.1.9 Relação com a Chefia

Há uma diferença de poder hierárquico entre chefias de diferentes setores que é percebida quando alguma reivindicação é feita. Por exemplo, se esta proceder de um enfermeiro, nem sempre é atendida; porém, se partir de um médico, será atendida ou encaminhada com mais brevidade, e a ela será dado maior valor. Conseqüentemente, o enfermeiro sente-se um tanto quanto desprovido de respaldo em muitas situações que necessitariam de uma intervenção superior, o que, de certa forma, também caracteriza o não reconhecimento pelo seu trabalho. O relato seguinte esclarece esta questão.

Porque eu já vi coisas acontecer né, o enfermeiro bate de frente, diz que aquela coisa ali não é assim, que não dá pra fazer, ou que deve ser feito de outro jeito. Mas aí... daí tu vai na tua chefia. Tua chefia não tem autoridade pra ir contra o outro ... e aí o médico leva a vantagem porque, porque ele tem, o diretor dele manda mais, o diretor dele é mais atuante, né, as regras dentro do hospital parece que são feita pelo diretor técnico, tipo assim, sabe, então é ele que como, comanda a coisa, então, se ele, né, levar adiante um caso, a coisa pode, anda, se ele acha que aí, se tu, se ele acha que não merece a coisa fica trancada, sabe, quer dizer, tu não tem autoridade nem científica. Eu acho que nós não temos nenhuma autoridade científica, a gente não tem respaldo, enfim, político dentro da casa, né, pra gente bota as regras que precisa. Tu é questionado por todo mundo.

Essa condição de falta de amparo faz com que muitos problemas sejam deixados de lado, isto é, o enfermeiro faz de conta que não os percebe, porque não conseguirá resolvê-los.



Porém, mesmo diante de sua impotência frente a algumas situações, o enfermeiro tem que responder por elas, tentar solucioná-las, atender as solicitações tanto de pacientes quanto de chefes ou técnicos sob sua responsabilidade.

#### 5.1.10 Relação com a Equipe

Um aspecto que aparece em praticamente todos os relatos é a falta de coleguismo e união do grupo. Os enfermeiros relatam que há casos de intrigas gerados por percepções erradas sobre o caráter da pessoa, sobre seus valores. Muitos acreditam que não existe boa vontade para trabalhar em conjunto e que alguns até atrapalham o desempenho dos colegas.

A falta de trabalho em equipe e a visão egoísta do trabalho é classificada como algo oriundo do clima organizacional, ou seja, as pessoas incorporam essa “doença” que existe no Instituição. Poucos se sentem à vontade para verbalizar sua insatisfação no que tange à má relação entre as pessoas, e percebem que essa atitude – considerada omissão – contribui para propagar essa forma de relacionamento.

[...] o que me deixa triste, doente e às vezes até deprimida é a má vontade das pessoas de trabalhar aqui. As pessoas vêm, pra algumas eu até já disse, a gente está ganhando para trabalhar seis horas e tem gente que trabalha duas e o resto do tempo fica sentada sem fazer nada e isso vai me adoecendo. O pessoal a gente pode contar nos dedos aqueles que tão a fim de vestir a camiseta do hospital. E às vezes eu vou pra casa, com sobrecarga de trabalho tu vê que o pessoal não pega junto. E tu acaba ficando quieta. Então fico pensando por que eu fico quieta, que eu tenho que começar a falar, por que eu não falo e adoço? Tem que botar pra fora, dividir com meus colegas isso, e eu acho que aqui é o momento. Eu acho que o pessoal adoce por causa disso .... A equipe não é unida .... Os funcionários tão tudo “a lá vontê”. E Alguns cobram de uma maneira, outros cobram de outra. Mas o que pode levar a adoecer é a falta de coleguismo e união.

Por este relato, é visível que os enfermeiros percebem a existência de uma questão institucional, a falta de apoio, de coleguismo, o despreparo para lidar com as questões de grupo e as conseqüências da manutenção desta conduta que não é saudável ao ambiente. Uma enfermeira atribui esta conduta a algo intrínseco ao ser enfermeiro. “Falta um pouquinho de indignação do enfermeiro. Seja para cobrar... seja pra assumir chefia,... Enfermeiro não

consegue trabalhar junto. A doença da comunicação. A doença da falta de comunicação, de cooperação, não é? Sempre foi assim, nós somos assim”.

#### 5.1.11 Representação da Doença – Adoecimento

O adoecimento do enfermeiro se evidencia, muitas vezes, por sintomas físicos, como “[...] a gente vai ficando num estado físico bem debilitado, é uma eterna sensação de sono, tu tá sempre com sono e o corpo dói. Dói o tempo todo”. E por outros sinais, tais quais irritabilidade, problemas de pressão, “stress muito grande, uma ansiedade, uma raiva”.

Os relatos apontam para um adoecimento coletivo, característico da função e do ambiente “[...] o pessoal, a valer tudo isso assim, se incomoda, briga, passa mal, e cria inimizade, e eu acho que isso é uma doença do ..., assim. Sem contar na falta de ética, de falar de todo mundo”. Há uma unanimidade quando se fala que o grupo tem problemas “[...] triste, doente e às vezes até deprimida [...]” e que esses problemas interferem na qualidade do trabalho “[...]eu vejo muita perturbação psicológica. Assim né, muito distúrbio desse jeito né, e isso se somatiza né, de um próprio, como uma doença, como uma dor”.

Também se evidencia certo receio pelo futuro e pela qualidade de vida perante os diversos atravessamentos do profissional, conforme o relato que segue: “[...] eu quero me aposentar bem, bem de saúde, não fora da casinha, como eu digo. A profissão é muito estressante... com o passar dos anos a gente vai cansando. A gente entra num estresse que vai adoecendo internamente”. Mesmo enfatizando sua apreciação pela profissão escolhida, os enfermeiros demonstram consciência sobre o quanto é difícil ser um bom profissional perante todo o contexto em que estão inseridos.

### **Análise Conjunta das Categorias**

Como já mencionado, as categorias apresentadas a seguir são resultado do movimento de articulação e construção de sentido entre as categorias anteriores, buscando a constituição da representação social do adoecimento para os entrevistados, de forma mais concentrada.

### 5.2.1 Percepções Individuais e Sociais sobre a Profissão de Enfermagem (Categorias 1, 2, 3, 4 e 11)

A grande queixa dos profissionais de enfermagem, no que tange à disposição geral referente à força emocional que move e mantém o prazer-desprazer do profissional no exercício da profissão, centra-se no fato de que não existe uma prática profissional integrada entre os colegas. Em decorrência disso, não há valorização entre eles. Todos são iguados, sem distinção. Mesmo que em raras vezes, as chefias ou os pacientes e seus familiares reconheçam a dedicação do enfermeiro, os entrevistados referem que nunca um colega estimula o outro dessa forma, o que causa mal estar na equipe.

Por outro lado, o enfermeiro está, literalmente, à frente de todo um grupo que lida diretamente com os pacientes. Logo, por mais que existam rotinas, ele se envolve em situações inesperadas que provocam alterações no cotidiano e provocam comportamentos indesejados no ambiente de trabalho. Nestas situações o profissional envolvido tem que responder pelos seus atos e pelos atos de outrem, mesmo não se sentindo responsável ou capaz. Dessa forma, facilmente todas as cobranças e queixas à instituição como um todo chegam diretamente a ele, mesmo aquelas sobre as quais ele não tenha nenhuma responsabilidade. Isso torna o trabalho bastante desgastante e provoca não só o afastamento desses profissionais - os quais desenvolvem sintomas físicos como pressão alta e problemas de coluna, entre outros - como o adoecimento do grupo, que assume o ônus de uma situação adversa de trabalho.

Essa situação gera desgaste físico e emocional, ocasionando uma grande insatisfação com seu próprio trabalho (o qual não pode ser desempenhado devidamente, dada a carga de atribuições) e mal estar perante seu desempenho, visto por todos como insatisfatório. Assim, o esforço diário, as pequenas ações do dia-a-dia no hospital sequer são percebidas, e o profissional sente que precisa de reconhecimento para continuar a exercer suas funções. Conseqüentemente, o sentimento notório é a falta de respeito e valorização profissional, visto que o enfermeiro acaba por exercer tarefas que não pertencem a sua área de atuação, desqualificando sua própria formação profissional.

Além disso, a apatia em relação à aquisição do conhecimento demonstra ser um indicador comum do adoecimento segundo os entrevistados, como se não houvesse necessidade de aprimoramento ou continuidade dos estudos, dado o ambiente em que trabalham. Há uma aceitação quase implícita de que existe uma tendência, no hospital em que

atuam, a menosprezar o conhecimento mais amplo. Cada um está acomodado em sua função, em seu setor, sem demonstrar preocupação em ter uma visão mais globalizada dos demais setores, como se não quisessem um maior envolvimento e comprometimento.

Existe, no contexto no qual se desenvolveu a pesquisa, um consenso sobre a falta de preparo do enfermeiro, tanto no que se refere ao conhecimento técnico, como àquilo que lhe dá suporte para conduzir de forma mais eficaz as especificidades de sua profissão. Isso gera um sentimento de menor valia, que perpassa na própria conduta do profissional, o qual se sente incapacitado para corresponder a toda a demanda à qual é submetido, gerando uma situação de adoecimento, posto que se sente desmotivado e até desrespeitado.

Portanto, a representação do adoecimento para o enfermeiro se evidencia, na maior parte das vezes, por sintomas físicos, como dores generalizadas, e por outros sinais, tais quais irritabilidade, problemas de pressão, e sono excessivo. Há uma percepção da doença vinculada a materialidade do sintoma mesmo que no discurso sejam muitos os fatores imateriais apontados como promotores ou indicadores de sofrimento e adoecimento. Outra representação da doença também se percebe quando é referido certo receio pelo futuro e pela qualidade de vida perante o estresse profissional. Mesmo enfatizando sua apreciação pela profissão escolhida, os enfermeiros demonstram consciência sobre o quanto é difícil ser um bom profissional perante todo o contexto em que estão inseridos.

### 5.2.2 Relações de Trabalho (Chefia, Equipe e Múltiplos Empregos - Categorias 5, 9 e 10)

Há uma diferença de poder hierárquico entre chefias de diferentes setores que é percebida especialmente quando alguma reivindicação é feita. Por exemplo, se esta proceder de um enfermeiro, nem sempre é atendida; porém, se partir de um médico, será atendida ou encaminhada com mais brevidade, e a ela será dado maior valor. Consequentemente, o enfermeiro sente-se um tanto quanto desprovido de respaldo em muitas situações que necessitariam de uma intervenção superior, o que, de certa forma, também caracteriza o não reconhecimento pelo seu trabalho.

Essa condição de falta de amparo faz com que muitos problemas sejam deixados de lado, isto é, o enfermeiro faz de conta que não os percebe, porque não conseguirá resolvê-los. Porém, mesmo diante de sua impotência frente a algumas situações, o enfermeiro tem que

responder por elas, tentar solucioná-las, atender às solicitações tanto de pacientes quanto de chefes ou técnicos sob sua responsabilidade.

Um aspecto que aparece em praticamente todos os relatos é a falta de coleguismo e união do grupo. Os enfermeiros relatam que há casos de intrigas gerados por percepções erradas sobre o caráter da pessoa, sobre seus valores. Muitos acreditam que não existe boa vontade para trabalhar em conjunto e que alguns até atrapalham o desempenho dos colegas. É perceptível que os enfermeiros reconhecem a existência de uma questão institucional, a falta de apoio, de coleguismo, o despreparo para lidar com as questões de grupo e as conseqüências da manutenção desta conduta que não é saudável ao ambiente.

Logo, a falta de trabalho em equipe e a visão egoísta do trabalho é classificada como algo oriundo do clima organizacional, ou seja, as pessoas incorporam essa “doença” característica da profissão. Poucos se sentem à vontade para verbalizar sua insatisfação no que tange à má relação entre as pessoas, e percebem que essa atitude – considerada omissão – contribui para propagar essa forma negativa de relacionamento.

Alia-se a isso o fato de atuarem em diferentes instituições, dado o fato de não terem, em nossa sociedade, o reconhecimento atribuído a outros profissionais da mesma área (saúde), o que faz com que o nível salarial da categoria seja baixo. Com isso, é uma prática comum ter dois ou mais empregos. Ora, se um profissional atua em diferentes locais e possui uma elevada carga horária de trabalho, seu desempenho ficará comprometido, até mesmo pelo desgaste físico e emocional ao qual se submete.

### 5.2.3 Atuação no Setor Público: Vantagens e Implicações (Categorias 6, 7 e 8)

Assim como em qualquer setor ou área de atuação, existe uma percepção de que as pessoas não se esforçam como deveriam pelo fato de terem estabilidade de emprego, ao trabalharem em um Hospital Público. Visão esta que já faz parte do senso comum e permanece bastante arraigada na sociedade. Somam-se a isso as condições adversas de trabalho às quais os entrevistados estão sujeitos. Não se tratam apenas de condições físicas e matérias, mas também condições culturais, que estão seriamente vinculadas ao “lugar” que o enfermeiro ocupa profissionalmente. E esse não é um lugar de reconhecimento, mas que desgasta e adocece.

Ademais, o fato de alguns profissionais não terem experiência em instituições privadas consiste em uma das causas do adoecimento do enfermeiro. Falta para estes, conforme opinião do grupo, ter uma visão diferenciada do trabalho, mais dinâmica e participativa. Essa acomodação gera intrigas e desafenças que nunca são resolvidas e inibem ainda mais a existência de um ambiente sadio de trabalho.

Na instituição pública, um ponto positivo é a liberdade na forma de trabalhar que as pessoas têm, visto que existe mais tranquilidade – menos cobranças, o que não ocorre numa instituição privada. Porém, há o sentimento implícito de buscar um espaço de maior reconhecimento e possibilidade de ascensão profissional, o que, teoricamente, é mais viável no último grupo. Por outro lado, apesar de conceder certa liberdade de ação ao enfermeiro, a estabilidade também tolhe sua capacidade de inovar, porque ele tem que se adaptar ao sistema existente – igualando-se ao grupo – e de intervir nos problemas, visto que os profissionais a ele subordinados também possuem estabilidade. Logo, sendo ou não competentes no que fazem, não podem ser demitidos.

### **Considerações Finais**

A representação social sobre a gênese do adoecimento do enfermeiro remete a causas bastante subjetivas. Após a investigação feita, pode-se inferir que o profissional que trabalha em saúde vive uma dicotomia entre o cuidar e a necessidade de ser cuidado, já que, em muitos depoimentos, ficou explícita a falta de “preparo”<sup>10</sup> para lidar com as adversidades do cotidiano da profissão. Parece que o enfermeiro sabe cuidar do outro, mas não de si mesmo, do seu próprio bem estar, principalmente psíquico.

Sabe-se que o adoecimento, de forma cultural, tem valor pejorativo, à medida que torna o indivíduo improdutivo perante os demais. Da mesma forma, também é inegável que o apoio dos colegas e da equipe gera um ambiente de trabalho satisfatório e positivo à saúde profissional. Logo, quando se percebe queixas relativas à falta de integração entre colegas enfermeiros, além de competição entre equipes, pode-se associá-las ao processo de adoecimento e suas conseqüências.

---

<sup>10</sup> Nos depoimentos coletados, mais de uma vez foi feita referência à falta de preparo, no curso de graduação, para saber lidar com questões psicológicas inerentes à profissão.

Embora várias sejam as causas que se pode elencar como motivadoras dessa situação, todas estão, de certa forma, relacionadas ao contexto cultural em que o profissional se insere, e perpassam pelos discursos adotados. Por isso, mesmo inconscientemente, o indivíduo constrói uma série de representações que acabam por ser propagadas e identificam determinadas condutas. Nesse sentido, as representações do adoecimento do enfermeiro da organização estudada estão compostas por suas percepções individuais e sociais sobre a profissão de enfermagem, as relações de trabalho, as vantagens e desvantagens de atuar numa organização pública e da própria concepção do estar doente.

Dessa forma, cabe destacar a baixa qualidade de vida do trabalhador em enfermagem, a qual não é resultante de questões individuais, tampouco lineares, mas oriunda de práticas sociais reflexivas de uma determinada organização do mundo do trabalho. Mundo este que impele o profissional a abdicar de seu próprio bem estar em favor de uma competitividade exacerbada, gerada pela necessidade de manutenção de seu posto de emprego, mesmo no campo da saúde.

Por fim, refletir sobre formas de intervenção nesta realidade, no intuito de promover a saúde e humanização do trabalhador consiste num dos objetos merecedor do olhar da psicologia. Compreender as transformações das relações de trabalho vivenciadas pelo profissional de enfermagem é o primeiro passo na construção de possibilidades de intervenção nos dilemas aflitivos deste profissional, para a promoção de sua saúde integral.

## Referências

CAVEDON, N. R. *Representações Sociais na Área da Gestão em Saúde: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Decasa Editora, 2005. p.11-54.

CODO, W. *O Trabalho enlouquece?: um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

DEJOURS C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.

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

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações, p. 149-173. IN: J Chanlat. *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

JACQUES, M. G. e CODO, W. (orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.31-46; p. 173-189.

JOVCHELOVITCH, S. e GUARESCHI, P. (orgs.). *Textos em representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. IN: STREY, Marlene Neves et al. *Psicologia Social Contemporânea: livro texto*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 63-85.

MINAYO, M.C.S. (Org); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2003 80p

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo. vol.19, n. 55 p.180-185, jun/2004.

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

SILVA, E. S. Saúde Mental e Trabalho. IN: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 218-288.

SILVA, E. S. *Crise Econômica, Trabalho e Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986. p. 54-132.

TITTONI, J. *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.