**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

JÚLIA TREVISAN MARTINS

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

Ribeirão Preto - SP

2008

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

Júlia Trevisan Martins

**Tese apresentada ao Programa de
Doutorado Interunidades da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo e Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.**

**Linha de Pesquisa: Enfermagem Enquanto
Prática Social/Profissional**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia do Carmo
Cruz Robazzi**

Ribeirão Preto - SP

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MARIA INÊS DE CAMARGO

Martins, Júlia Trevisan

Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas / Júlia Trevisan Martins. Ribeirão Preto, 2002.

199 p.

Tese (Doutorado) Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Enfermeiros. 3. Emoções. 4. Saúde do trabalhador. 5. Estresse psicológico

FOLHA DE APROVAÇÃO

Júlia Trevisan Martins

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO
ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

**Tese apresentada ao Programa de
Doutorado Interunidades da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo e Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.**

**Linha de Pesquisa: Enfermagem Enquanto
Prática Social/Profissional**

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Instituição: EERP / USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Maria Helena Palucci Marziale

Instituição: EERP / USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Maria do Carmo Lourenço Haddad

Instituição: UEL

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Sandra Valenzuela Suazo

Instituição: Universidad de Concepción

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Mara Lúcia Garanhani

Instituição: UEL

Assinatura: _____

Tudo o que hoje preciso realmente saber, aprendi no Jardim de Infância

(Pedro Bial)

Tudo o que hoje preciso realmente saber, sobre como viver, o que fazer e como ser, eu aprendi no jardim de infância.

A sabedoria não se encontrava no topo de um curso de pós-graduação, mas no montinho de areia da escola de todo dia. Estas são as coisas que aprendi lá:

1. Compartilhe tudo.
2. Jogue dentro das regras.
3. Não bata nos outros.
4. Coloque as coisas de volta onde pegou.
5. Arrume sua bagunça.
6. Não pegue as coisas dos outros.
7. Peça desculpas quando machucar alguém.
8. Lave as mãos antes de comer e agradeça a Deus antes de deitar.
9. Dê descarga. (Esse é importante)
10. Biscoitos quentinhos e leite fazem bem para você.
11. Respeite o outro.
12. Leve uma vida equilibrada: aprenda um pouco, pense um pouco... desenhe... pinte... cante... dance... brinque... trabalhe um pouco todos os dias.
13. Tire uma soneca a tarde. (Isso é muito bom)
14. Quando sair, cuidado com os carros.
15. Dê a mão e fique junto.
16. Repare nas maravilhas da vida.
17. O peixinho dourado, o hamster, o camundongo branco e até mesmo a sementinha no copinho plástico, todos morrem... nós também.

Pegue qualquer um desses itens, coloque-os em termos mais adultos e sofisticados e aplique-os à sua vida familiar, ao seu trabalho, ao seu governo, ao seu mundo e aí verá como ele é verdadeiro claro e firme... Pense como o mundo seria melhor se todos nós, no mundo todo, tivéssemos biscoitos e leite todos os dias por volta das três da tarde e pudéssemos nos deitar com um cobertorzinho para uma soneca... Ou se todos os governos tivessem como regra básica devolver as coisas ao lugar em que elas se encontravam e arrumassem a bagunça ao sair... Ao sair para o mundo é sempre melhor darmos as mãos e ficarmos juntos.

“É necessário abrir os olhos e perceber que as coisas boas estão dentro de nós, onde os sentimentos não precisam de motivos nem os desejos de razão. O importante é aproveitar o momento e aprender sua duração, pois a vida está nos olhos de quem souber ver.”

Dedicatórias

Com muita alegria e satisfação dedico este trabalho

À **Deus**, pois tudo em minha vida é cuidadosamente permitido e conduzido por Ele.

Ao meu esposo **Zeca**, pelos trinta anos de sonhos, razão, mansidão, tempestade, alegria, tristeza, cumplicidade e companheirismo, entre outros. Obrigada, eu amo você.

Ao meu filho **Marcos**, com seu jeito de ser, preocupado e sempre presente, peço perdão pela minha ausência. Você é a razão do meu viver e mais do que eu pedi a Deus.

Aos meus pais **Osvaldo e Joana**, ao meu irmão **Antônio** e minha cunhada **Roseli**, pelo carinho, dedicação, compreensão, apoio e por partilhar as minhas dificuldades e vitórias imprescindíveis para vencer e finalizar mais esta etapa importante de minha vida pessoal e profissional.

Agradecimentos

No decorrer da trajetória percorrida na elaboração da presente tese, muitas pessoas me estimularam, seja de forma moral e até afetiva. Assim sendo agradeço:

À professora Dr^a *Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi*, você deu-me raiz e asas para voar. Muito obrigada, pela tolerância e respeito aos meus limites durante a caminhada desse estudo. Sua condução foi de uma competência ímpar. E o português impecável?

À professora Dr^a *Maria Helena Palucci Marziale* pelo carinho e colaboração. Obrigada por me desafiar! Por acreditar em mim! Por me ensinar muito!

À professora Dr^a *Maria do Carmo Lourenço Haddad*, agradeço de todo o coração pela acolhida, pelo incentivo e pelas valiosas contribuições em especial na Gerência de Enfermagem.

À professora Dr^a *Sandra Valenzuela Suazo*, mesmo distante eu senti a sua presença em todos os momentos. Obrigada pelas suas preciosas sugestões.

À professora Dr^a *Mara Lúcia Garanhani*, obrigada por me ajudar tanto! Com sua lucidez, coerência, por me ouvir, pelo seu jeitinho meigo ao realizar as suas sugestões, sua disponibilidade... Apreendi muito com você e me senti cuidada por você. Quando "crescer" quero ser parecida contigo!

Aos professores do Programa de Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela contribuição ao processo de construção de novas relações sociais.

Às colegas da área de Fundamentos de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, pela colaboração e incentivo, por ouvir as minhas aflições e ansiedades. Vocês são ótimas!

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UEL pelo estímulo.

À querida e eterna amiga *Simone Opitz*, obrigada por compartilhar minhas ansiedades e pelo apoio incondicional. Agradeço de coração e alma.

À *Inês Gimenes Rodrigues*, por me fortalecer espiritualmente.

À *Maria Inês de Camargo*, pelo carinho, dedicação, por dividir as minhas ansiedades. Você é impecável na computação. Deixo registrado que adoro você.

À professora Dr^a *Miriam Giro*, pelo cuidado e dedicação na revisão do português.

Às minhas sobrinhas *Gabriela, Juliana e Daniele*, minha gratidão e meu amor.

A você, minha irmã de coração *Rosemeire*, obrigada pela sua bondade.

À *Adriana, Vilma e Ana Elisa* por compartilhar deste caminho tão árduo e prazeroso. Vocês são companheiras que moram no meu coração.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Obrigada pela dedicação, gentileza e ajuda.

Às "meninas" da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Vocês são excelentes e não medem esforços para nos ajudar. Obrigada de coração.

Ao CNPQ pelo financiamento deste estudo.

Às professoras *Edilaine, Sarah, Dolores, Maria Elisa e Edite*, obrigada pelas contribuições de passagens e por levar e trazer documentos Londrina-Ribeirão-São Paulo-Londrina.

Ao Dr. *Cristophe Dejourns*, pelas contribuições em dois congressos realizados no Brasil. Você é um notório saber indiscutivelmente, porém a sua humildade é algo fantástico. Obrigada pelas dicas neste estudo.

À professora Dr^a *Lylian Dalete*, tudo começou com você, lembra? Quantas canetas de cores diferentes para irmos riscando as falas. Obrigada pelo incentivo e pela disponibilidade. Você é mais que uma amiga.

À *Beth e Dani*, vocês são esteio no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Obrigada por tudo.

Aos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, por desvelar suas vivências, foi uma experiência muito rica. Sem vocês este trabalho não seria possível.

À *Nathália*, por estar presente junto ao meu filho quando eu estava ausente, em especial por ocasião do concurso na qual ele acabou sendo aprovado. Não tenho palavras para expressar meus sentimentos.

Ao Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, por permitir a realização deste estudo.

Às bibliotecárias *Márcia e Maria Bernadete*, por todas as dicas relacionadas às normas da ABNT, só eu sei o quanto vocês me ajudaram. Agradeço imensamente.

A todo pessoal da cantina da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, obrigada pela atenção e comida maravilhosa.

Enfim... A todos que contribuíram direta ou indiretamente. Obrigada.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	xv
1 INTRODUÇÃO	17
2 PERSPECTIVA TEÓRICA	21
2.1 O TRABALHO	21
2.2 MÉTODO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	25
2.3 TRABALHO INSTITUCIONALIZADO DE SAÚDE	31
2.4 TRABALHO NA ENFERMAGEM	36
2.5 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	42
2.5.1 Gênese e Principais Características	42
2.5.2 O Trabalho da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva – Cuidado de Enfermagem	46
2.6 PSICODINÂMICA DO TRABALHO: UM OLHAR SOB A CONCEPÇÃO DE CHRISTOPHE DEJOURS	49
2.6.1 Da Picopatologia à Picodinâmica: trajetória de um caminho	49
2.6.2 O Modelo da Picodinâmica do Trabalho	51
2.6.2.1 O trabalho na concepção dejouriana	51
2.6.3 Prazer e Sofrimento no Trabalho: uma abordagem da Psicodinâmica Dejouriana	55
2.7 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS PARA O ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVER O PRAZER: UMA VISÃO DA PSICODINÂMICA ...	63
3 OBJETIVOS	72
4 PRESSUPOSTO	73
5 METODOLOGIA	74
5.1 TIPO DE ESTUDO	74
5.2 LOCAL DO ESTUDO	74
5.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	76

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	77
5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	77
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	79
 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	 84
6.1 PRIMEIRA CATEGORIA – A GERÊNCIA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	87
6.1.1 Primeira Subcategoria – Ser enfermeiro cuidando do paciente	88
6.1.2 Segunda Subcategoria – Ser enfermeiro administrando a assistência de enfermagem	90
6.1.3 Terceira Subcategoria – Ser enfermeiro administrando a equipe de enfermagem e de saúde	92
6.1.4 Quarta Subcategoria – Ser enfermeiro administrando os equipamentos e os recursos materiais	95
6.2 SEGUNDA CATEGORIA – O SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	96
6.2.1 Primeira Subcategoria – O paciente em estado crítico	97
6.2.2 Segunda Subcategoria – A família do paciente em estado crítico	100
6.2.3 Terceira Subcategoria – O trabalho em equipe	102
6.2.4 Quarta Subcategoria – As consequências das ações em Unidade Terapia Intensiva	111
6.2.5 Quinta Subcategoria – A falta de reconhecimento	113
6.2.6 Sexta Subcategoria – A burocracia no trabalho	118
6.2.7 Sétima Subcategoria – A tecnologia em Unidade de Terapia Intensiva	121
6.2.8 Oitava Subcategoria – A necessidade do conhecimento científico ..	126
6.3 TERCEIRA CATEGORIA – AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	128
6.3.1 Primeira Subcategoria – Buscando apoio na prática religiosa	129
6.3.2 Segunda Subcategoria – Promovendo o inter-relacionamento entre os membros da equipe de saúde	131
6.3.3 Terceira Subcategoria – Realizando atividades físicas	133
6.3.4 Quarta Subcategoria – Afastando-se do paciente e se seu familiar	135

6.3.5 Quinta Subcategoria – Fazendo uso do tabaco	139
6.4 QUARTA CATEGORIA – O PRAZER NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	143
6.4.1 Primeira Subcategoria – Cuidando do paciente	144
6.4.2 Segunda Subcategoria – Envolvendo-se com a família	146
6.4.3 Terceira Subcategoria – Trabalhando em equipe	149
6.4.4 Quarta Subcategoria – Constatando resultado do trabalho desenvolvido	152
6.4.5 Quinta Subcategoria – Recebendo reconhecimento pelo trabalho realizado	154
6.4.6 Sexta Subcategoria – Identificando-se com a profissão	156
 7 COMPREENDENDO A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O TRABALHO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	159
 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
 REFERÊNCIAS	175
 APÊNDICES	195
 ANEXOS	197

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva**: estratégias defensivas. 2008. 199fl. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Pesquisa qualitativa que teve como objetivos descrever as características do trabalho de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), identificar os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados por eles e verificar as estratégias defensivas que utilizam para enfrentar os sentimentos de sofrimento advindos do trabalho nestas unidades. Contou com a participação de oito enfermeiros de um hospital universitário localizado no Norte do Paraná. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2006 a fevereiro de 2007, realizada por meio da técnica de entrevista semi-estruturada com questões norteadoras, cujo conteúdo foi registrado mediante uso de gravador e transcritos posteriormente. Para analisar os dados foi utilizado o método de análise de conteúdo com respaldo teórico nas contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. Das entrevistas foram desveladas quatro categorias analíticas: a gerência do trabalho, o sofrimento no trabalho, as estratégias defensivas por eles utilizadas e o prazer no trabalho. Estas categorias agregam às subcategorias temáticas. Ser gerente da UTI para os sujeitos significa prestar cuidados aos pacientes, administrar a assistência, a equipe de enfermagem e de saúde e os equipamentos e recursos materiais. As vivências de sofrimento estão relacionadas com o cuidar do paciente em estado crítico, o envolvimento com os familiares, o trabalho em equipe, as conseqüências das ações realizadas na UTI, a falta de reconhecimento, a burocracia no trabalho, o uso de tecnologia e a necessidade do conhecimento científico. As estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros foram: buscar apoio em prática religiosa, promover inter-relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem, realizar atividades físicas, afastar-se do paciente e seu familiar e fazer uso do tabagismo. Os sentimentos de prazer foram identificados como: cuidar do paciente, envolver-se com os familiares dos pacientes, trabalhar em equipe, constatar o resultado do trabalho desenvolvido, receber reconhecimento pelo trabalho prestado e a identificação com a profissão. Observou-se a existência de ambigüidade de sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros que variaram de um momento para outro, sendo que, aquilo que causava dificuldades ou inviabilizava o atendimento da necessidade para ajudar e sentir-se útil implicou em sofrimento, e tudo que facilitou ou viabilizou as necessidades constituíram-se em gênese do prazer no trabalho. Estratégias de defesa foram utilizadas pelos sujeitos de modo mais individual que coletivo, mas todas foram fundamentais para protegê-los do sofrimento. Entretanto, o hábito de fumar foi uma estratégia identificada como prejudicial à saúde. Os resultados permitiram uma reflexão sobre as percepções do trabalho do enfermeiro de UTI, seu sofrimento, prazer e estratégias defensivas. Estas reflexões possibilitaram ampliar o universo de conhecimento da Psicodinâmica do Trabalho nesta área específica, demonstrando os processos psíquicos e sociais que permeiam os significados de trabalho para o ser humano.

Palavras-Chave: Unidade de Terapia Intensiva, Enfermeiros, Emoções, Saúde do Trabalhador, Estresse Psicológico.

MARTINS, J. T. **Satisfaction and suffering in the work of nurses in Intensive Care Units: defensive strategies.** 2008. 199 lvs. Thesis (Doctorate Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

ABSTRACT

Qualitative research with the purpose of describing the characteristics of the work carried out by nurses at an Intensive Care Unit (ICU), identifying the feelings of satisfaction and suffering experienced by them and verifying the defensive strategies they use in order to face the feelings of suffering resulting from the work in these units. Eight nurses of a university hospital situated in Northern Paraná, took part in this research. Data gathering occurred from December 2006 to February 2007, and it was carried out by means of the semi-structured interview technique with guided questions, whose content was recorded on a tape recorder and transcribed later. In order to analyze the data, the content analysis method was used based on the contributions of the Psychodynamics of Work. Four analytical categories were revealed based on the interviews: work management, suffering at work, defensive strategies used by them and satisfaction at work. These categories are incorporated to the thematic subcategories. Being a manager at an ICU for them means to take care of patients, manage the assistance, the nursing and health staff as well as the equipment and material resources. Suffering experiences are related to taking care of a patient in critical condition, involvement with the patient's family, team work, consequences of actions carried out at the ICU, lack of acknowledgement, bureaucracy at work, use of technology and the need of scientific knowledge. The defensive strategies used by the nurses were: search for support in the religious practice, favor inter-relationship among the nursing staff members, perform physical activities, move away from the patient and his/her family members and make use of tabagism. The feelings of satisfaction were identified as: taking care of the patient, get involved with the patients' family members, work in a team, confirm the result of the developed work, receive acknowledgement for the rendered service and the identification with the profession. It was observed the existence of ambiguity of satisfaction and suffering feelings experienced by the nurses that ranged from one moment to the other, observing that what caused difficulties or made the meeting of the needs not viable for helping and feeling useful, implied in suffering, and that everything that facilitated or enabled the needs, were considered the origin of satisfaction at work. Defense strategies were used by them in an individual more than in a collective way, but all of them were considered essential for preventing them from suffering. However, the smoking habit was a strategy identified as bad for one's health. Results allowed a reflection on the perceptions of the ICU nurse's work, his/her suffering, satisfaction and defensive strategies. The reflections made it possible to broaden the knowledge universe of Psychodynamics of Work in this specific area, showing the psychic and social processes that pervade the meanings of work for the human being.

Key words: Intensive Care Units, Nurses, Emotions, Worker's health, Psychological Stress.

MARTINS, J. T. **Placer y sufrimiento en el trabajo de enfermero en Unidades de Cuidados Intensivos:** estrategias defensivas. 2008. 199 fl. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo describir las características del trabajo de enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), identificar los sentimientos de placer y sufrimiento vividos por ellos y verificar las estrategias defensivas que utilizan para enfrentar los sentimientos de sufrimiento provenientes del trabajo en estas unidades. Participaron de la investigación ocho enfermeros de un hospital universitario ubicado en el Norte de Paraná – Brasil. La colecta de datos ocurrió entre diciembre de 2006 y febrero de 2007, realizada por medio de la técnica de entrevista semiestructurada con cuestiones orientadoras, cuyo contenido fue registrado mediante uso de grabador y posterior transcripción. Para analizar los datos, se utilizó el método de análisis de contenido con respaldo teórico en las contribuciones de la Psicodinámica del Trabajo. A partir de las entrevistas se organizaron cuatro categorías analíticas: la gerencia del trabajo, el sufrimiento en el trabajo, las estrategias defensivas por ellos utilizadas y el placer en el trabajo. A estas categorías se suman subcategorías temáticas. Ser gerente de la UCI significa, para los sujetos, ofrecer cuidados a los pacientes, administrar la asistencia, el equipo de enfermería y de salud, los equipamientos y recursos materiales. Las vivencias de sufrimiento están relacionadas con cuidar al paciente en estado crítico, la relación con los familiares, el trabajo en equipo, las consecuencias de las acciones realizadas en la UCI, la falta de reconocimiento, la burocracia en el trabajo, el uso de tecnología y la necesidad del conocimiento científico. Las estrategias defensivas utilizadas por los enfermeros fueron: buscar apoyo en práctica religiosa, promover la interrelación entre los miembros del equipo de enfermería, realizar actividades físicas, alejarse del paciente y de su familia y hacer uso del tabaquismo. Los sentimientos de placer fueron identificados como: cuidar al paciente, relacionarse con los familiares de los pacientes, trabajar en equipo, constatar el resultado del trabajo desarrollado, recibir reconocimientos por el trabajo desarrollado y la identificación con la profesión. Se observó la existencia de ambigüedad de sentimientos de placer y sufrimiento vivenciados por los enfermeros que variaron de un momento a otro, siendo que, lo que causaba dificultades o no permitía la atención de la necesidad para ayudar y sentirse útil implicó en sufrimiento, y todo lo que facilitó o no permitió las necesidades se constituyeron en génesis del placer en el trabajo. Estrategias de defensa fueron utilizadas por los sujetos de forma más individual que colectiva, sin embargo todas fueron fundamentales para protegerlos del sufrimiento. En contrapartida, el hábito de fumar fue una estrategia identificada como perjudicial a la salud. Los resultados permitieron realizar una reflexión sobre las percepciones del trabajo de enfermero de UCI, su sufrimiento, placer y estrategias defensivas. Estas reflexiones posibilitaron ampliar el universo de conocimiento de la Psicodinámica del Trabajo en esta área específica, demostrando los procesos psíquicos y sociales que abarcan los significados de trabajo para el ser humano.

Palabras-Clave: Unidad de Cuidados Intensivos, Enfermeros, Emociones, Salud del trabajador, Estrés Psicológico.

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Enfermagem e Obstetrícia em 1981. Desde os primeiros contatos com o hospital, ainda durante a graduação, as áreas consideradas críticas eram as que mais me atraíam, pela existência de pacientes em estado grave.

Trabalhando na docência no Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina, no período de 1982 a 1985, fui adquirindo um maior conhecimento teórico-prático, necessário à assistência ao paciente e passei a me preocupar com os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem em seu cotidiano laboral. Questionava-me como conseguiam suportar um trabalho tão desgastante convivendo diariamente com sentimentos tão intensos como a dor e a morte.

Especializei-me em Administração em 1984, na Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina. O curso propiciou-me a oportunidade de entrar em contato com as diferentes formas de administração hospitalar clássicas, bem como com as novas tendências.

Em março de 1985, passei a compor o corpo docente da Universidade Estadual de Londrina (UEL); minhas reflexões sobre os sentimentos vivenciados por enfermeiros e docentes no labor, continuaram e incomodavam-me. Recordo que, freqüentemente, discutia essas questões com as colegas docentes e com a equipe de enfermagem assistencial.

Em 1999, o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina iniciou um processo de mudança curricular, baseada na proposta de uma nova forma de ensino-aprendizagem e, por conseqüência, levando a uma mudança radical na determinação do processo de organização do trabalho docente.

No ano seguinte, fui eleita para a Coordenação do Colegiado do Curso de Enfermagem, com o objetivo de acompanhar a implementação do Currículo Integrado do curso. O desempenho nessa função permitiu-me uma aproximação maior com as colegas e, com isto, deparei-me com os sentimentos vivenciados por elas, de prazer e sofrimento, diante da nova experiência acadêmica. A exemplo dos trabalhadores do hospital, o corpo docente sofria, mas também sentia prazer com a nova estrutura curricular.

Assim, ao ingressar na Pós-Graduação *Stricto Senso* de Mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP em 2000, surgiu-me a oportunidade de realizar um estudo com o corpo docente, buscando investigar os sentimentos de prazer e sofrimento gerados pelo trabalho, frente à implementação da mudança curricular, procurando compreender as contradições vivenciadas. As questões analisadas envolveram a valorização, o desgaste e o reconhecimento no trabalho. A realização desta pesquisa reafirmou a existência da dinâmica dos processos psíquicos no trabalho, o valor social do labor, os quais conferem ao homem o poder de desenvolver-se e realizar-se como pessoa. Porém permaneceu a certeza de que muito ainda precisaria ser pesquisado, envolvendo a realidade psíquica enfrentada pelo ser humano.

A oportunidade de aprofundar a temática do prazer e do sofrimento no trabalho apresentou-se novamente, por ocasião da continuação da Pós-Graduação, agora no Doutorado. Supervisionando estudantes na assistência de enfermagem dentro de Unidade de Terapia Intensiva, optei por focar a investigação no trabalho de enfermagem realizado neste local. Nesta unidade, constatei que os enfermeiros parecem gostar muito do que fazem, apesar do convívio com uma angústia intensa, originária do confronto diário com sofrimento, dor, ansiedade de pacientes e familiares, morte e, principalmente, com a forma como é organizado este trabalho.

Assim, com mais de 20 anos de atividades na docência, supervisionando alunos em Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), e cada vez mais preocupada com os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros nesse contexto, realizei esta pesquisa trabalhando com a temática do prazer e do sofrimento, buscando esclarecer curiosidades pessoais e encontrar respostas científicas quanto ao entendimento dos sentimentos de prazer e de sofrimento no trabalho, bem como das estratégias defensivas utilizadas por esses profissionais contra o sofrimento.

1 INTRODUÇÃO

As atividades laborais têm importância para a análise do homem e de sua relação com o mundo material e psíquico, pois, por meio delas, o ser humano convive e relaciona-se com o meio externo; os indivíduos buscam satisfazer suas necessidades, ou seja, procuram o prazer e evitam o sofrimento (DEJOURS, 2000).

Os desenvolvimentos científico, tecnológico e social têm alterado significativamente o modo de viver do homem contemporâneo; assim, surgem novas necessidades que precisam ser compreendidas e atendidas.

Na era industrial, ocorreram mudanças nos costumes, na ordem das coisas, no processo e na forma da organização do trabalho. Porém, na atualidade, o homem inserido no mundo globalizado está cada vez mais susceptível às pressões e aos estímulos do que em qualquer outra época (ANTUNES, 2006).

Decorrente de um descompasso que pode acontecer entre as mudanças e a capacidade do ser humano em ajustar-se a elas, surgem as crescentes incertezas e a insatisfação generalizada com o modo de vida, fazendo aflorar sentimentos tais como o tédio, a angústia, a ansiedade, o prazer, o sofrimento e a frustração, entre outros. O resultado disso é que a constante adaptação pode interferir diretamente nos níveis físico, psicológico, emocional e espiritual dos indivíduos (LANCMAN, 2004).

Essas são mudanças percebidas e vivenciadas pela sociedade no mundo do trabalho e têm provocado questionamentos e adoções de novas posturas, ou seja, a compreensão de que o trabalhador inserido neste ambiente tem relacionamentos dentro e fora do mesmo, sendo que as experiências no cotidiano laboral interferem em sua vida social e particular, determinando a qualidade de suas inter-relações.

No cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), são constantes as inovações. A introdução de novas tecnologias impõe aos trabalhadores uma adaptação incessante que os torne aptos a manusear equipamentos sofisticados; em especial, o enfermeiro necessita aprender as especificidades do manuseio desses equipamentos e, ainda, repassar esse conhecimento à sua equipe de trabalho.

Outro fator que se destaca no cotidiano de UTIs é a realização de avaliações freqüentes do estado geral dos pacientes, aliada a realização de

procedimentos complexos com tomada de decisões imediatas e necessidade de ausência de erros, pois esses podem implicar trazer risco de morte aos pacientes.

Considerando que as atividades desenvolvidas em UTIs requerem constante expectativa, para atendimento de situações que requerem cuidados emergenciais, da alta complexidade tecnológica, da elevada concentração de pacientes em estado grave, sujeitos a mudanças rápidas em seu estado geral, o ambiente, nelas, caracteriza-se como estressante e capaz de proporcionar uma atmosfera negativa que compromete o bom desempenho da equipe atuante (KOIZUMI; KAMIAMA; FREITAS, 1979).

O ambiente de UTIs é realmente instável e agitado e as atividades são intensas, especialmente quando ocorre admissão de pacientes que apresentam estado muito grave (LEITE; VILA, 2005).

Outro fator enfrentado pela equipe de enfermagem que atua em UTIs é o despreparo para lidar com a morte, com o sofrimento alheio, com a escassez de leitos, de equipamentos, de recursos humanos e com a tomada de decisões muitas vezes conflitantes, estando relacionadas à seleção dos pacientes que serão ali internados (PADILHA; KIMURA, 2000).

As questões da subjetividade, que envolve os trabalhadores de enfermagem, são ainda consideradas invisíveis, por serem pouco reconhecidas nas suas especificidades, mas já estão sendo analisadas a partir do entendimento de que há uma relação trabalho-saúde no corpo biopsíquico do homem (BULHÕES, 1994; LUNARDI FILHO, 1995; MARTINS, 2002; PITTA, 2003; SILVA, 1996).

Em geral, o trabalho de enfermagem é desgastante. A diversidade de atividades executadas, as interrupções freqüentes, os imprevistos e o contato direto com o sofrimento e a morte são fatores agravantes neste labor, os quais podem conduzir ao desgaste mental (MARZIALE, 1990).

Dessa forma, compreendemos que há necessidade de se repensar a maneira de organizar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, desde a organização do trabalho e o conteúdo das tarefas até, e, sobretudo, um modo de propiciar espaços para ouvir os sentimentos e necessidades de todos os elementos da equipe de enfermagem.

Diante disso, levantamos uma série de interrogações:

- Qual é o significado de ser enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva?
- A percepção de prazer e sofrimento permeia o seu cotidiano?

- Na visão desse profissional, quais as situações ou os fatores que desencadeiam os sentimentos de prazer e sofrimento?
- Quais estratégias são utilizadas para enfrentar o sentimento de sofrimento?

A escolha da Psicodinâmica como referencial teórico deste estudo é resultado do desejo de contribuir para o avanço de conhecimentos neste campo, bem como de fornecer subsídios para a compreensão das conseqüências das formas de organização na saúde mental dos trabalhadores, no sofrimento psíquico e no prazer, além da busca das estratégias que as pessoas desenvolvem para suportá-las e superá-las.

É fundamental revermos as formas tradicionais de organizar o trabalho, buscando romper, se não na totalidade, ao menos parcialmente, com as bases estabelecidas pela escola científica de administração, que não considera a saúde mental dos indivíduos, ou seja, não trata a organização do trabalho como um processo dinâmico que envolve a subjetividade dos trabalhadores; esta revisão deve, pelo menos, ter a preocupação de não voltar-se apenas para a saúde do corpo, conhecida como saúde física. É necessário compreender as inter-relações do ambiente de trabalho, considerando-se a saúde física e a mental e as formas de organização do labor (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, perceber que as relações humanas nas instituições são determinadas pela organização do trabalho significa compreender que, nos modelos organizacionais, os aspectos subjetivos do trabalhador são relevantes e, com isto, evidencia-se a relação entre o ser humano e o trabalho, na perspectiva da Psicodinâmica.

Entender a influência da organização na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de suma importância, não somente para a compreensão e para intervenção em situações de trabalho que possam desencadear várias formas de sofrimento, mas também para a superação e transformação dessas organizações (DEJOURS, 1993b).

Um dos pontos mais importantes estudados pela Psicodinâmica do Trabalho é o fato de que ela se apresenta como objeção a certas visões deterministas, que transformam os trabalhadores de observadores impotentes de um mundo perverso, que os reduz a pessoas passivas. A Psicodinâmica do Trabalho parte do pressuposto que os trabalhadores possuem capacidade de se proteger, de

buscar saídas e de reapropriar-se da transformação e da reconstrução da realidade (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Destaca-se, ainda, que a Psicodinâmica, considerando o trabalhador adaptado às tarefas, poderia permitir que esta pessoa se realizasse pelo trabalho e não apenas obtenha o conforto físico. A área psíquica seria interligada aos aspectos físico e cognitivo, busca distância dos conceitos históricos de trabalho ligado à pena, à tortura, à obrigação e ao sofrimento. O prazer no trabalho permite a concepção de que o mesmo não é um infortúnio, socialmente determinado, mas pode ser um esclarecedor das identidades individuais e coletivas. Há uma relação dialética entre sofrimento e prazer na construção das pessoas.

O objeto deste estudo é a relação prazer e sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas utilizadas para o enfrentamento dos sentimentos de sofrimento vivenciados por enfermeiros que atuam em UTI.

Torna-se relevante buscar tal conhecimento, pois ele pode significar a abertura para possibilidades de mudanças que poderão trazer repercussões positivas nas vidas desses enfermeiros, na instituição na qual estão inseridos e, também, nas relações pessoais.

2 PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 O TRABALHO

Ao longo da história, constata-se que o homem valoriza o trabalho a partir de estratégias cuja finalidade é buscar a sobrevivência e que o instigam a criar instrumentos para transformar e dominar a natureza.

Se, por um lado, fazemos parte do mundo e temos que nos adaptar as suas modificações, podemos, por outro lado, progressivamente e em conjunto com outros homens, buscar nossas potencialidades, modificando o ambiente de modo a possibilitar a sobrevivência, a expansão e a evolução da própria espécie. Esse proceder constitui nossa história e representa um processo complexo, organizativo dos indivíduos, no qual há uma intencionalidade: construção da sociedade, bem como de suas contradições (RIGOTO, 1994).

O relacionamento do homem com o universo e com ele mesmo vem passando incessantemente por alterações, que se tornam cada vez mais complexas, profundas e sofisticadas.

As intensas transformações no mundo do trabalho têm trazido inovações tecnológicas, fortalecimento da atividade econômica e mudança na organização das atividades propositadas, contribuindo para que haja uma redefinição das relações entre capital e trabalho. Isto tem provocado a busca de indivíduos cada vez mais polivalentes e capazes de realizar uma multiplicidade de tarefas (LANCMANN; SZNELWAR, 2004).

No entanto, a rapidez dos avanços tecnológicos e organizacionais muitas vezes tem impossibilitado o acompanhamento cognitivo dessas mudanças, levando a um processo de desqualificação do trabalhador e de seu saber-fazer, isto é, da prática que acumulou ao longo de toda a sua vida.

Desta forma, considera-se que

antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais à sua corporeidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. (MARX, 1998, p. 149).

A diferença existente entre o trabalho do ser humano e o do animal é que o primeiro imprime no objeto o plano que ele constrói, cria, imagina, inventa e idealiza; já o do animal acontece somente como ação puramente mecânica. Porém, é sabido que a concepção e execução do trabalho humano podem ser desagregadas, ou seja, uma pessoa pode formar a idéia e uma outra pessoa é quem vai executá-la.

As atividades laborativas dos homens desafiam constantemente a ciência sem, no entanto, fecharem-se na lógica dos conceitos; pois, a cada época, novas concepções são adquiridas, de acordo com as diferentes culturas. Assim sendo, para entendermos alguns dos seus significados, com a finalidade de subsidiar o entendimento dos itens subseqüentes, vamos registrar pontos de vista do trabalho em cada época, partindo-se do pressuposto que o trabalho é uma atividade proposital, orientada pela inteligência; é um produto da espécie humana, que, por sua vez, é resultado especial da forma de serviço (BRAVERMAN, 1980).

A palavra trabalho tem uma variedade de termos que podem designá-la. No vocábulo latino, provém da palavra *Tripalium*, instrumento feito de três pares aguçados, com o qual os agricultores realizam as suas atividades. Posteriormente, este instrumento serviu para torturar escravos e o verbo *tripaliare* passou a significar tortura. Daí a associação entre trabalho e tortura. Os gregos usavam o vocábulo *povei*, de povos, que significa esforço, fadiga, peso, necessidade e o termo *ergázesta*, de *érgor*, significando obra, eficiência. Os latinos usaram, como o entendimento de trabalho, as palavras fadiga, cansaço e *favere*, cujo significado é fazer, executar (ALBORNOZ, 1986; ARANHA; MARTINS, 1991).

No século XIX, a igreja influenciava o socialismo, cuja compreensão era que se devia trabalhar apenas para sobreviver e que muito pouco esforço deveria ser despendido no sentido de buscar a satisfação no trabalho (KLIJN, 1998). Naquela época, trabalhar tinha por finalidade a produção de bens para o consumo próprio. Com o advento da propriedade privada, o homem torna-se cada vez mais forçado a vender a sua força de trabalho a outrem; assim sendo, o “trabalhador converte-se em mercadoria. Também ele passa a ter o seu valor – por sua capacidade de produzir valor – no mercado de trabalho” (BASBAUM, 1981, p.23).

As sociedades pré-capitalistas não apresentavam uma delimitação visível entre a produção e a reprodução da força laborativa; a família era “*lócus*” de reprodução e também unidade produtiva (KLIJN, 1998).

Com o advento da Revolução Industrial, muitas foram às transformações no mundo do trabalho que provocaram inquietações e discussões, promovendo instigações no campo do saber.

O mundo avançou para um novo século e milênio, em que as transformações sociais, econômicas e políticas são enormes (MAGALHÃES, 2000). Este pensamento é corroborado pela idéia que, nas formas sociais pré-capitalistas, os indivíduos produziam valores de uso, provando uma clara relação real e consciente entre os produtores e seus produtos (MÂNGIA, 2003).

Os avanços no mundo do trabalho, de alguma maneira, foram decisivos para o jeito de viver do ser humano contemporâneo, sendo indispensável atender a novas necessidades, tais como: reconhecimento, valorização e prestígio social. No local do labor estabelecem-se relações e há um espaço social, no qual o ser humano pode buscar oportunidades para atender a tais necessidades.

Assim sendo, o que se observa é uma grande revolução material, industrial e tecnológica, porém não assistimos a um conjunto de mudanças, nem mesmo parecido, no que poderia se denominar revolução humana (MORENO, 1991).

Nesta mesma linha de pensamento, pode-se afirmar que o modo de produção capitalista substituiu a consciência dos produtores, o valor de uso pelo de troca e as relações concretas e significativas, por relações abstratas e universais, substituindo, no conjunto da vida humana, o qualitativo pelo quantitativo. Há uma cisão entre a vida pública e a vida privada; esse processo traz influências significativas para a estrutura dos homens, porque provoca ruptura das relações entre o homem e a natureza (GOLDMANN, 1979; MÂNGIA, 2003,).

Dessa forma, se por um lado o desenvolvimento do trabalho trouxe a possibilidade de renovação, por meio da criação de bens mais requisitados e da redução das cargas laborais, por outro, colocou em jogo o próprio sentido do trabalho humano (RIGOTO, 1994).

É preciso recuperar o trabalho como atividade desenvolvida especificamente por homens; ocupação consciente orientada para um fim, tendo como base a criatividade, ou seja, a capacidade não só de criar intencionalmente

novos objetos, mas também novas relações humanas. Essa qualidade do trabalho é uma das chaves para a compreensão da especificidade dos processos psicológicos humanos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Apesar da complexidade do mundo do trabalho, a história já tem registrado e interpretado as mudanças que são observadas nas relações interpessoais no ambiente laboral. São comuns discursos oficiais que apontam a importância das atividades laborativas no cotidiano das pessoas, embora alguns possam estar ainda alienados a si mesmos ou aos outros, por força de dominação e necessidade de sobrevivência, ocorrendo assim uma distorção real do valor atribuído às tarefas propositadas (ZAHER, 2000).

No processo de evolução do labor, verificamos que mudaram os conceitos, os parâmetros, os objetivos e as maneiras de ver, de ser e de fazer. O trabalho foi se adaptando às novas configurações da realidade e da sociedade, buscando o aprimoramento e a adaptação às tarefas e às suas exigências. O trabalhador deixou de ser o executor, passando a desenvolver atividades planejadas para minimizar o custo e aumentar a produtividade.

De qualquer forma, trabalhar é uma necessidade, porém há opiniões quanto a considerar o trabalho também um direito do ser humano, ou seja, um direito enquanto cidadão. Porque é através dele que os indivíduos podem desenvolver-se e realizar-se como pessoa, em especial se considerarmos que é um “valor social que dignifica o homem, confere-lhe a sua essência fundamental [...]” (KLIJN, 1998, p.7).

Assim sendo, a concepção de trabalho é ampla, justamente porque ele é central na vida humana e social, sendo que o entendimento acerca do trabalho é de que ele é um processo histórico de construção da humanidade.

Dessa forma, seja como busca de entendimento teórico-crítico-reflexivo, seja como esforço para superar novos desafios advindos do desenvolvimento científico, tecnológico e da dinâmica das relações sócio-econômicas do trabalho, buscamos subsídios, no presente estudo, sobre as conceituações propostas em torno das principais formas de organização laboral, conforme abordaremos no item subsequente.

2.2 MÉTODO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Ao descrevermos a evolução e desenvolvimento teórico dos modelos de organização do trabalho, buscamos os fundamentos contidos nos mesmos, a forma pela qual influenciam a construção da subjetividade do trabalhador e, conseqüentemente, as vivências de prazer e/ou sofrimento no trabalho.

Organizações são sistemas sociais e, entender a dinâmica organizacional do trabalho, significa compreender a ciência, as pessoas, a tecnologia, bem como o humanismo.

Para isso, é preciso voltar aos tempos das escolas científicas, bem como das teorias modernas de administração para podermos registrar os pontos fundamentais que, no seu conjunto, caracterizaram a organização do trabalho. Em especial, buscamos fundamentação teórica para a análise do controle dos conflitos que podem surgir no cotidiano do trabalho.

Nesse caminho, pretendemos explorar os diferentes pontos de vista dessas escolas, com a finalidade de buscar subsídios para a escolha do nosso referencial teórico que está pautado no modelo da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho proposta por Cristophe Dejours, adiante descrito.

Primeiramente, vamos mencionar a escola científica ou clássica, que efetivou os primeiros estudos sobre as leis científicas da organização do trabalho e cujos expoentes foram Taylor, Fayol e Ford. Esses administradores defenderam um estilo de organização com ênfase no processo produtivo formal, hierarquizado, autoritário e racional. O fundamental nessa escola é que a organização ideal deveria exercer um controle rígido sobre o trabalho, não só no ritmo, mas na forma única pela qual a atividade é desenvolvida (COHN; MARSIGLIA, 1994).

O taylorismo, nome conhecido mundialmente como modelo de organização do trabalho, tem como preocupação fundamental eliminar o desperdício e as perdas sofridas na indústria, bem como aumentar os níveis de produtividade, controlando o trabalhador nos postos de trabalho (ABRAHÃO; SANTOS, 2004).

Destaca-se, no taylorismo, o princípio da dissociação de trabalho, a separação entre concepção e execução do processo produtivo, reservando ao administrador o monopólio do conhecimento para que pudesse controlar cada fase do processo de execução. Ou seja, fracionamento máximo e rigidez do trabalho são características fundamentais dessa escola, sendo atribuídos superpoderes aos

gerentes, que têm o papel de controlar rigorosamente as execuções das atividades manuais (BRAVERMAN, 1980).

Assim sendo, é inevitável que se estabeleçam relações hierárquicas rígidas, marcadas pelo controle homem a homem, pelo modo de proceder que analisa os tempos e os movimentos despendidos para a execução de cada uma das tarefas.

A função essencial do taylorismo tem sido a de possibilitar, à direção capitalista do trabalho, a separação entre trabalho manual e intelectual, de forma que, ao trabalhador manual, nada ou pouco se exige em termos de criatividade e de intelecto. Os trabalhadores desenvolvem mais tarefas em uma corrente em cadência e aquele que a corrente (linha de montagem) atrasa e atrapalha os demais. Os riscos, na perspectiva taylorista do trabalho, não são tanto aqueles devidos às cadências em si, mas à violência que exerce no funcionamento mental (LUNARDI FILHO, 1995).

Há uma incoerência do sistema taylorista que diminui as diferenças, cria o anonimato e o intercâmbio e, no entanto, individualiza os homens frente ao sofrimento (DEJOURS, 1992).

O objetivo do método de organização de Taylor está mais do que evidente: o aumento da produtividade do e lucro. Retirando-se do trabalhador grande parte da iniciativa e autonomia, ele passa a desenvolver uma sucessão encadeada e rotineira de atividades, determinadas pela administração, separando definitivamente a concepção da execução, deixando evidenciada a distinção entre o trabalho intelectual e o manual.

Há uma sobrecarga do conteúdo das tarefas, das exigências, das pressões, da supervalorização das competências técnicas e da carga intensa no psíquico das pessoas que são responsáveis também pelo gerenciamento de processo, de pessoas e materiais, ou seja, o taylorismo encontra-se presente no trabalho denominado qualificado, com diferença nas estratégias e na forma de sua implementação (SELIGMANN-SILVA, 2001).

O método taylorista inaugurou a aplicação do princípio da autoridade, como fundamento para o exercício do poder em instituições. A introdução de técnicas disciplinares nas escolas, hospitais, prisões, estabelecimentos religiosos e militares são exemplos do método, que contribuíram para a dissociação de uma maneira eficaz, nos quais o Poder do Estado se soma a

uma multiplicidade de micro-poderes orientados para reduzir as pessoas a seres obedientes (FOUCAULT, 2007).

A gerência de modelo taylorista assenta-se sobre a necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores, sendo o poder passado aos gerentes, que, por meio de minuciosos protocolos e padronização de condutas, controlam e determinam o fazer cotidiano do trabalhador (MERHY, 1997; CAMPOS, 2000).

Os princípios de Taylor foram aplicados por Henri Fayol, na França, em 1918, recebendo o nome de teoria administrativa ou administração experimental. Ele introduziu os cinco princípios básicos da administração: planejamento, organização, coordenação, comando e fiscalização para aplicá-los e para cumprir regras (MELO, 1986).

Os princípios administrativos de Fayol são marcados pela rigidez no controle do trabalho dos executores e dos planejadores. Seus estudos aprimoraram o taylorismo em relação à racionalização do trabalho gerencial, acentuando a separação entre trabalho manual e intelectual; há uma rigidez na organização do trabalho dos gerentes, administradores e supervisores, que têm grau de qualificação diferenciado e, mesmo assim, suas atividades de planejamento e gerenciamento são controladas e parceladas (MENDES, 1994).

O modelo de organização de Taylor e Fayol sofreu alterações e avançou a partir basicamente de dois princípios essenciais: um novo modo de gestão da força de trabalho e a administração coletiva da linha de montagem. Ficou conhecido como fordismo (MORAES NETO, 1991).

O fordismo também transforma o trabalhador em objeto e não em sujeito da produção e restringindo ao máximo o seu espaço de liberdade, uma vez que, nele, a produção é controlada através dos tempos e movimentos. As linhas de montagem dos operários aprofundaram os princípios tayloristas da separação entre a concepção, a execução e o controle hierárquico sobre o labor.

Para melhor compreensão, citamos, como exemplo, a criação da primeira esteira rolante pela Ford Motor Company, em 1925. Nessa esteira, com a linha de organização, foram produzidos quase tantos carros por dia quantos haviam sido fabricados em um ano inteiro (BRAVERMAN, 1980).

Nos anos de 1920 e 1930, surge outro grupo mais preocupado com as relações entre os trabalhadores: Elton Mayo e F. J. Roethlisberger. Eles

concluíram que uma organização é um sistema social e que o trabalhador é, na verdade, o mais importante elemento desse sistema. Seus estudos demonstraram que o mesmo não é uma simples ferramenta, mas uma pessoa complexa, interagindo em situações grupais que, freqüentemente, são difíceis de compreender (DAVIS; NEWSTRON, 1992).

Elton Mayo é conhecido como o pai da escola das relações humanas. Mesmo pensando em aumentar a produtividade, defendeu uma produção humanizada, preocupando-se com os sentimentos das pessoas no cotidiano do trabalho. Propôs novas idéias em defesa da cooperação como forma de promover o bem-estar social (COHN; MARSIGLIA, 1994).

Entretanto, os seus seguidores preocuparam-se com as relações humanas, porém desconsideraram que os conflitos entre os sujeitos envolvidos, quer sejam empregador, empregado, chefe, administrador, supervisor ou gerente, são consequência do conflito maior, que se dá entre o capital e o trabalho.

Vale ressaltar que a escola representou um avanço gradativo, mas perdeu seu valor.

Mesmo com o seu avanço, os trabalhadores foram perdendo o controle sobre a organização laboral, principalmente, com a automatização. Os aspectos psicológicos dos sujeitos são negligenciados pelas escolas clássicas; entretanto a racionalização, o controle hierárquico e a divisão entre trabalho normal e intelectual são destaques nessas escolas.

A escola das relações humanas preconiza que o homem é ao mesmo tempo condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológica, possui necessidades de segurança, afeto, prestígio e auto-realização. Sendo, portanto, motivado por recompensas sociais, simbólicas e não materiais. Estes postulados acarretam transferência da ênfase nas tarefas e na estrutura, para as pessoas e os grupos, colocando em evidências os aspectos da comunicação e participação no trabalho (KURGANT, 1991a, p.109).

Na década de 60, surge no Japão um novo modelo de organização de trabalho, conhecido como teoria do toyotismo ou Teoria Z.

Tal modelo tem características de trabalho em grupo, inexistência de trabalhos rígidos, polivalência com o sistema de rodízio de cargos, participação dos trabalhadores nas decisões e inovações tecnológicas. Propõe objetivos como a qualidade, a eficiência, a iniciativa, a inovação, o bem-estar do empregado; no

entanto, jamais é declarada abertamente a importância dos resultados econômicos (LIMA, 1996; MENDES, 1994).

É constatada grande ambigüidade na organização Z, pois os gerentes são fanáticos pelo detalhe e comportam-se como evangelistas que pregam a verdade. Para isso, devem passar a maior parte do seu tempo com os seus subordinados. Referem que há um alto custo, especialmente no psicológico dos trabalhadores (OUCHI, 1989).

Fica evidenciado que a experiência japonesa tem elementos diferentes do modelo taylorista, embora não meça esforços para atingir certos índices de produtividade, ou seja,

[...] o toyotismo está permitindo que o trabalhador seja muito explorado pois intensifica o trabalho sobrecarregando ao máximo cada operário. Este tem que ser muito rápido, deve reduzir os “tempos mortos”, deve cumprir as novas tarefas, como o controle de qualidade ou a manutenção corrente das máquinas. O trabalhador não tem mais um momento para si (GOUNET, 1999, p.8).

O toyotismo divide por completo os trabalhadores e os contratos são cada vez mais diferenciados, ou seja, alguns são contratados em caráter temporário e outros, como permanentes (GOUNET, 1999).

O discurso do toyotismo tem sido, para alguns, interpretado como um processo de trabalho que traz uma nova relação mais humana e justa entre capital e trabalho, ou seja, uma proposta que pode ser a solução para atuar nos conflitos sempre presentes nesta complexa relação (MARTINS, 2002).

Apesar da dificuldade encontrada para analisar e resumir um pensamento, principalmente quando envolve o sistema social, político e econômico das organizações de trabalho, que foram surgindo no decorrer da história, é preciso ressaltar que o avanço do capitalismo tem contribuído fortemente para que os empresários tentem buscar, à custa do trabalhador, os lucros; para atingir seus propósitos introduzem métodos que propiciem o alcance dessas metas.

Esse pensamento é corroborado pela afirmação de que as teorias administrativas implementadas até a década de 80 negavam as questões que envolviam poder e conflito nas organizações. Havia o predomínio mecanicista das teorias clássica e científica, ou seja, sempre se tentava encobrir os conflitos, pois

eram considerados negativos, sendo atribuídos exclusivamente à falha administrativa, caso eles surgissem (CIAMPONE; KURGANT, 2005).

A teoria das relações humanas considera que o conflito pode surgir e deve ser encarado como uma doença a ser tratada, pois os trabalhadores produzirão mais se forem eliminadas as doenças no interior das empresas. Assumindo que o conflito provém de características individuais e não do grupo, essa teoria busca projetos que usam a motivação no trabalho, a descentralização nas decisões, a delegação de autoridade, a consulta e a participação dos trabalhadores (CIAMPONE; KURGANT, 2005; COHN; MARSIGLIA, 1994; MARTINS, 2002).

Nas teorias administrativas contemporâneas, postula-se que há necessidade de se questionar os modelos anteriores de administração, no sentido de que se busque a estratégia de negociação, rompendo-se com a compreensão de “ganha e perde” e passando a se adotar o estilo “ganha ganha”, ou seja, as partes envolvidas compartilham os ganhos, há uma rede de negociações que inclui os ambientes interno e externo, os conflitos são inerentes às organizações e, portanto, não são patológicos e as instituições são saudáveis quando explicitam e discutem com transparência (CIAMPONE; KURGANT, 2005).

Assim sendo, podemos afirmar que os modelos de organização de trabalho influenciam diretamente no processo de saúde e doença do trabalhador, em seus aspectos físico, psicológico e psicossomático.

É necessário um novo paradigma de gerenciar que vá além das técnicas, experiências do lucro da produtividade elevada. Isso significa dar novos rumos para organização e modelo gerencial, buscando-se uma eficiência que, ao invés de separar, interligue o “como fazer”, avaliar os resultados e a descentralização das decisões e criando autonomia, flexibilidade hierárquica, criatividade, incentivo à participação, valorização e qualificação dos trabalhadores (MENDES, 1996).

Buscar novas formas de gestão nos serviços de saúde torna necessária a assimilação de novos conhecimentos e habilidades, harmonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, baseada não somente na razão, mas também na sensibilidade e na intuição (FAVERO, 1996).

As instituições, de uma forma geral, tendem a morrer porque seus dirigentes preocupam-se demasiadamente com a produção de bens e serviços e esquecem que sua organização é constituída por homens que trabalham para se

manter vivos. Os gerentes negligenciam o fato de que o trabalho significa indivíduos de verdade. Para se manter vivas as organizações têm que priorizar a valorização das pessoas, flexibilizar a direção e o controle, ou seja, organizar o trabalho de forma a utilizar as capacidades de aprender e de criar das pessoas da própria organização, em todos os seus níveis (GEUS, 1998).

Esse pensamento é corroborado pela afirmação que

desenvolver a visão de que as pessoas são o capital humano das instituições que prestam serviços de saúde e que a valorização desses indivíduos é fundamental, podendo assim desenvolver novas estratégias de gestão baseadas na aprendizagem, nas inovações operacionais e estímulos às lideranças criativas (MAGALHÃES; DUARTE, 2004, p. 40-1).

Buscando compreender o trabalho em saúde e, em especial, na enfermagem, passaremos então a descrevê-los.

2.3 TRABALHO INSTITUCIONALIZADO DE SAÚDE

O trabalho em saúde refere-se a um mundo peculiar, complexo, diverso e criativo, no qual, cotidianamente, as pessoas doentes buscam, junto aos trabalhadores de saúde, a solução para seus “problemas”.

O labor realizado por estes profissionais tem como finalidade a ação terapêutica; como objeto, o indivíduo ou grupos de pessoas doentes, expostas aos riscos, necessitando de ações curativas para preservar a saúde ou prevenir doenças; suas ferramentas de trabalho são os próprios instrumentos e as condutas que representam o saber da saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde, produzida ao mesmo tempo em que é consumida (PIRES, 1999).

Os trabalhadores de saúde são produtos de relações nas quais estão inseridos, mas são, concomitantemente, produtores desse mesmo sistema, ou seja, sujeitos e objetos, no mesmo momento e em todo tempo. Isto é um paradoxo, pois, como objetos, tendem a sofrer passivamente os efeitos da política, das leis, dos valores culturais, podendo, em certos momentos, estar alienados. No entanto, como profissionais de saúde, produzem saberes que influenciam todos os aspectos

da vida social, política, modelos de atenção e mercado de trabalho, dentre outros. Isso quer dizer que eles têm um grau relativo de autonomia (CAMPOS, 1997).

Porém, o que a história nos mostra é uma progressiva separação entre as atividades de tratamento e de cura, sendo que os médicos já começam a ditar uma definição profissional. E, com o andamento da medicina científica, há uma ênfase no modelo clínico, isto é, o corpo é o objeto do trabalho, sendo abstraídos os determinantes singular e particular dos indivíduos (GONÇALVES, 1994; MENDES, 1994).

Há uma categoria, controladora do trabalho, a partir da autoridade técnica e da social constituída pelos médicos. Contudo, há uma particularidade: quem detém a direcionalidade técnica e põe a “mão na massa”. Um exemplo é o técnico de raios-X, que opera a máquina, e o médico, que faz a leitura do resultado produzido pela máquina (NOGUEIRA, 1997).

Aqui, podemos observar a presença da herança de Taylor na organização do trabalho em saúde, que atinge não somente a estrutura das funções de enfermagem, mas também a maioria dos trabalhadores de saúde, pois é visível a separação entre o trabalho manual e o intelectual.

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, coletivo e realizado por diversos profissionais da área e outras afins; sua finalidade é manter as atividades das instituições de saúde.

Porém, o modelo tradicional de administração é predominante: não se trabalha com planejamento; não há prática de participação dos trabalhadores; e não acontece integração interdisciplinar de conhecimento e de prática em saúde. Assim, ocorre a especialização, gerando fragmentação e alienação. Isso é reflexo da influência da organização capitalista do trabalho no setor de saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimento em saúde (PIRES, 1999).

Fica evidenciado que o trabalho é compartimentalizado, cada profissional realiza suas ações individualmente e o médico é, de fato, o elemento central no processo de assistência institucionalizada de saúde. Os outros trabalhadores são subordinados às decisões médicas, mas cada categoria mantém, de certa forma, autonomia de avaliação e tomada de decisão (LIMA, 1998).

Sabemos que várias transformações têm ocorrido no trabalho em saúde. Este fato acontece com uma velocidade imensa, com a incorporação de novas tecnologias de alta densidade, bem como de procedimentos complexos,

levando à busca de novos conhecimentos. Em consequência, há modificações no trabalho nas instituições de saúde, pois se faz necessário que entrem em cena outros profissionais, com diferentes saberes e que possam, assim, contribuir para a ocorrência de um espaço social de autonomia (LEOPARDI, 1999; LIMA, 1998).

Há muitas mudanças em decorrência das complexidades organizacional, tecnológica e, paralelamente, das transformações sociais:

[...] as instituições que dão forma ao trabalho, hoje, tais como as instituições sociais, o saber, as leis e os modos operatórios/prática, foram se adequando a novas necessidades históricas. O trabalho e os trabalhadores, portanto, sendo mutantes por definição, são formas e nosso olhar deverá afastar-se de toda tendência à cristalização conceitual e metodológica (LEOPARDI, 1999, p.10).

Vale ressaltar que, no capitalismo, dois modelos de organização de saúde apresentaram-se: um com base no saber epidemiológico, que visa controlar a ocorrência da doença, considerando-a como fenômeno coletivo e evitando a escala social e o outro, o modelo clínico, que se tornou predominante, cuja finalidade é recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, considerada como alteração morfofisiológica do corpo humano em sua dimensão individual, com a concepção pautada nos saberes da anatomia, patologia e farmacologia (GONÇALVES, 1994).

O trabalho em saúde é diferente, o trabalhador como médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, auxiliar e técnico de enfermagem, entre outros, é o produtor da saúde e, dessa forma, tem condição de interagir com as pessoas, quando estão realizando os procedimentos.

Uma das características fundamentais do trabalho em saúde é ser relacional e, para isso, é necessário o emprego da tecnologia, compreendida como um grupo de conhecimentos aplicados a determinado ramo de atividade. Assim sendo, pressupõe que toda atividade produtiva traz em si um saber quando utilizado para executar determinadas tarefas, que vão levar à criação de algo (HOLANDA, 1999).

Na indústria, já é conhecido que as tecnologias estão inscritas nas máquinas e, também, no trabalhador, que precisa ter conhecimento para operá-las; mas este trabalhador, provavelmente, nunca vai interagir com o consumidor do seu produto (CAPAZOLLO; FORTUNA; SANTOS et al., 2005).

Nessa mesma vertente de pensamento, a assistência ao indivíduo pode ser estabelecida em três categorias para tecnologia de trabalho em saúde: as “duras”, compreendendo os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais, das quais fazem parte as máquinas e os instrumentos; as “leves-duras”, que se referem ao conhecimento técnico que possuem uma parte “dura” que é a técnica, definida anteriormente e uma “leve” que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes, dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e as tecnologias “leves”, que dizem respeito às relações e referem-se a um jeito ou atitude próprios do profissional, guiado por uma certa intencionalidade, vinculada ao campo de conhecimento, ao seu modo de ser, à sua subjetividade, ao acolhimento, ao vínculo, à autonomização, à gestão como forma de orientar processos, ou seja, estas tecnologias estão diretamente ligadas às relações (MERHY, 1997).

As tecnologias das relações são consideradas tecnologias pelo autor porque dizem respeito a um saber, isto é, às competências dos trabalhadores de saúde que são necessárias para que lidem com os aspectos relacionais que envolvem seus atos produtivos.

O modo de trabalho em saúde implica a relação trabalhador-usuário, na redução do universo das necessidades e nos conhecimentos específicos necessários. Isto torna tal processo previsível e estruturado, podendo fazer com que seus agentes deixem de ser sujeitos e tornem-se meros cumpridores de rituais, ao trocar a complexidade da vida pela simplicidade do raciocínio, tornando os procedimentos e atos terapêuticos eficientes em si e justificados pela frieza do rigor científico (CAMPOS, 1997; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO et al., 1991).

Há uma distinção entre trabalho vivo e morto. Trabalho morto são máquinas e instrumentos e tem este nome porque, para que as máquinas e instrumentos existam, sobre eles já se aplicou determinado trabalho anterior, ou seja, já trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função. Assim o trabalho morto refere-se aos produtos-meios envolvidos no labor, resultantes de um trabalho pregresso como, por exemplo, equipamentos, máquinas, instrumentos, protocolos e conhecimentos. O trabalho vivo é a expressão que dá o significado ao trabalho em ato, isto é, ao exato momento da atividade produtiva, aquele situado na dimensão do cotidiano, ou seja, o que está em curso e em ação. Assim sendo, quando o processo é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem

certa autonomia para relacionar-se com os sujeitos; já no trabalho morto, a ação do indivíduo é pré-programada, protocolada, ficando restrita ao comando de instrumentos (FRANCO, 2003; MERHY, 1997).

No campo da saúde, o objetivo maior deveria ser a produção do cuidado, sendo por meio deste que se poderia obter a cura e a saúde (MERHY, 2002).

Há ainda que:

quanto maior a composição da caixa de ferramentas usadas para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de se compreenderem os problemas de saúde, maior será a capacidade de resolvê-los de forma adequada e satisfatória aos usuários, bem como auxiliaria na composição dos próprios processos de trabalho (MARQUES; LIMA, 2004, p.23).

Após todas as considerações, ainda se sabe que prevalece a segmentação do trabalho em saúde, na modernidade, e que esta se dá em torno da divisão do trabalho médico, pois a prática médica é a fundadora da técnica científica moderna no campo da saúde e o núcleo ocupacional do qual outros trabalhos derivaram. Assim, por um lado, ocorre a divisão interna do trabalho médico por especialidade e, por outro, estende-se essa divisão a atividades assumidas por outros profissionais da área, tais como os trabalhadores de enfermagem, nutrição e fisioterapia, entre outros (GONÇALVES, 1994; MENDES, 1994,).

Dessa maneira, cada área profissional, individualizada dentre as atividades de saúde, é estabelecida segundo as necessidades históricas que exigem atuação especializada, num processo singular que representa conhecimentos e ações pertinentes àquela área.

Portanto, a divisão de trabalho não reflete apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas o movimento social das práticas de saúde que geram subdivisões ordenadas dos trabalhos (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Fica evidenciado que, nas discussões anteriores, a subjetividade dos trabalhadores e também dos usuários é algo secundário e que constitui um desafio configurado na busca da compreensão de seu trabalho, bem como no atendimento às pessoas.

Sabemos que não é fácil conseguir o caráter de perfeição em nossas ações de saúde, mas acreditamos que devemos avançar e buscar um novo modelo

assistencial que possa substituir o tradicional modelo clínico adotado até hoje pelos serviços de saúde.

A utilização das tecnologias leves é um dos caminhos que apontamos como sendo propício para que os avanços aconteçam, pois elas podem auxiliar os trabalhadores, as equipes e os serviços a desenvolverem uma nova estratégia de atendimento. Nesta nova, estratégia o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão devem ser vistos como forma de orientar o trabalho, criando assim um novo paradigma para as práticas de saúde que leve em consideração a humanização no atendimento bem como uma relação na qual o trabalhador deixa de ser apenas cumpridor de rituais e passa a ser um cuidador de saúde.

Passaremos, a seguir, a descrever como se constituiu, historicamente, o trabalho da enfermagem.

2.4 TRABALHO NA ENFERMAGEM

O trabalho em saúde pertence a um campo em que várias especialidades laborais, compostas por diferentes profissionais, atuam em um mesmo espaço, com saberes e competências peculiares a cada uma, ora trabalhando em equipe, ora individualmente.

A enfermagem, especificamente, antes da implantação do modelo capitalista de produção, desenvolvia atividades voltadas à prestação de cuidados caritativos, exercidos com a função menos para os cuidados aos que eram assistidos e mais para a salvação da alma dos assistidos e de quem os assistia. Os hospitais não eram vistos como locais de cura, mas sim como lugares para onde se levava os doentes e desassistidos para morrerem (LUNARDI FILHO, 1995).

Conforme o cristianismo foi-se impondo gradativamente no Ocidente, como forma dominante de ser e estar no mundo, a prática dos cuidados sofreu o despojamento dos saberes, a privação de uma renovação dos seus conhecimentos e uma divisão em tarefas dissociadas. A função de cuidados foi se tornando, progressivamente, subalterna aos detentores do saber, denominada reconhecimento, não só social como econômico (LUNARDI FILHO, 2000).

Com a implantação do capitalismo e a institucionalização do hospital como local de cura, no fim do século XVIII, o trabalho da enfermagem, em grande parte praticado por mulheres sem preparo específico, modifica-se.

Num primeiro momento, acontecia um treinamento, buscando a organização, higienização e disciplina no ambiente hospitalar para possibilitar o projeto social de cura bem como para recuperar a força de trabalho por meio do modelo clínico ou biomédico.

Assim, nesse período, o que mais interessava era a recuperação da força de trabalho. O objeto do trabalho médico passou, então, a ser os corpos individuais e o hospital, o seu instrumento (GOMES, 1991, 1999; LUNARDI FILHO, 1995).

Ainda no final do século XIX, a prática da enfermagem é simultaneamente mascarada pelo molde religioso e submetida ao modelo médico, o que marcou o seu modo de identificação. Servir ao doente implicava auxiliar o médico, prestar-lhe obediência e submissão e, também, velar e confortar e consolar. O médico passou a ser o grande detentor não só da prática médica como também da de cuidados (COLLIÈRE, 1989; LUNARDI FILHO, 2000).

Dessa forma, entende-se que a enfermagem tornou-se, e ainda se encontra, envolvida por valores, preconceitos e mitos sociais encontrados na relação enfermagem/mulher. Tais mitos dizem respeito à mulher frágil, santa e diabólica, e a profissão passou a referir-se à chama da lâmpada, dama da claridade e ajudante do médico (FARIA, 1996).

A enfermagem passa a ser reconhecida como profissão a partir do século XIX, na Guerra da Criméia, com Florence Nightingale. No final desse século, com o surgimento das primeiras escolas de enfermagem, as práticas de cuidados passam a absorver alguns conhecimentos ditos científicos em saúde, mas cuja posse continuava e pertencer aos médicos, com limites bem estabelecidos. Porém, com Florence, surge o reconhecimento de que um domínio específico de conhecimentos em saúde deve ser incorporado pelo profissional de enfermagem, ainda que a profissão continuasse a ser pautada pela forte vocação para obedecer e servir (BORSOI; CODO, 1995; LUNARDI FILHO, 2000).

Era preconizado por Florence que as enfermeiras deveriam ser submetidas a uma forte organização disciplinar, cuja finalidade era executar as

tarefas¹ ordenadas pelos médicos, mantendo-se a relação de obediência até como forma de exercício do poder da autoridade (ALMEIDA; ROCHA, 1986; OLIVEIRA; PAZ; TELLES et al., 2004; PIRES, 1989).

Assim, pode-se afirmar que a evolução histórica da enfermagem foi construída sobre a representação de ser este um trabalho subalterno à prática da medicina.

Atualmente, esta profissão é composta por uma equipe com enfermeiros, técnicos e auxiliares, trabalhadores com formação diferenciada e atribuições específicas e que atuam em diferentes graus de complexidade (BRASIL, 1987a).

A organização das atividades administrativas na enfermagem esteve presente desde a sua institucionalização, sendo que, a dimensão prática das técnicas e a dimensão prática do saber administrativo resultaram na divisão técnica do trabalho na enfermagem: alguns administrando e outros executando (GOMES, ANSELM, MISHIMA et al., 1997, p. 243).

As diferenças existentes entre as categorias de enfermagem não se limitam às ações por elas desenvolvidas, mas também a uma valoração social desigual dos respectivos trabalhos parcelados (MUROFUSE, 2004).

Ao mesmo tempo em que, com sua nova configuração, a enfermagem vai absorvendo as tarefas de cuidados de promoção, manutenção e restauração da vida, desenvolvida durante milênios, procura reorganizar-se em um novo modelo assistencial, porém continua reproduzindo, em seu interior, a divisão social de classes, por meio da divisão técnica do trabalho, separando as tarefas gerenciais daquelas direcionadas aos cuidados prestados diretamente ao paciente (LUNARDI FILHO, 2000).

Assim sendo, prevalece a organização do trabalho de enfermagem caracterizado genericamente e compreendido como a modalidade funcional, ou seja, é um trabalho dividido em tarefas e procedimentos (ALMEIDA; ROCHA, 1986; LEOPARDI, 1999; LIMA, 1998; LUNARDI FILHO, 2000).

¹ “A modalidade de organização de trabalho característica do modelo taylorista-fordista, na qual cada trabalhador executa atividades parcelares de acordo com sua formação e atribuições” (MATOS; PIRES, 2002, p.195).

As tarefas de enfermagem relativas ao cuidado e à administração da assistência constituem em labor no qual a base é a divisão parcelar do trabalho. Ao enfermeiro compete na maioria das vezes, tarefas tidas com mais complexas, assumir a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, ao controlar o trabalho em sua totalidade, delegando e dividindo-as aos demais membros da equipe (LIMA, 1998; PIRES, 1996).

No desenvolvimento de suas tarefas na instituição hospitalar, a enfermagem interage o seu trabalho com o de outros profissionais que, de certa forma têm uma autonomia relativa, pois sabe-se que é praticamente impossível apenas um profissional prestar assistência total ao indivíduo, assim um complementa o outro, e a enfermagem, por sua vez, no que se refere ao cuidar e ao administrar, não desenvolve um trabalho totalmente autônomo.

Essa autonomia está diretamente sujeita a hierarquias superiores, para administrar e gerenciar e ao médico, para o cuidado clínico, pois é de sua competência definir o diagnóstico e as ações terapêuticas, as quais direcionam parte significativa do cuidado de enfermagem (SILVA; GOMES; ANSELM, 1993).

A adoção dessa postura parece estar cristalizada, culminando com a total adesão ao modelo biomédico/clínico, “[...] os cuidados aos doentes passam a ser a técnica e, depois, os cuidados técnicos. É a doença que determina e os orienta” (COLLIÈRE, 1989, p.125).

A enfermagem, no Brasil, a partir dos anos 1920 foi fortemente influenciada pelo sistema Nightingale, com a organização dos serviços e a criação de escolas, nos moldes nightingaleanos, repercutindo na formação dos enfermeiros e criando uma configuração própria da profissão (LUNARDI FILHO, 2000; SHIMIZU, 2000).

Na década de 1960, ocorre progresso importante quando a profissão passa a ser considerada como de nível universitário. Na década de 1970, há um desenvolvimento dos programas de pós-graduação, com realização de pesquisas associadas às teorias de enfermagem internacional e com o subsequente surgimento de teorias nacionais. Assim, a enfermagem brasileira começou a reunir condições para demonstrar uma nova postura profissional.

Nas últimas décadas, temos assistido a um rápido crescimento e desenvolvimento terapêuticos e o surgimento de novas categorias profissionais, e que estão assumindo cada vez mais tarefas que antes era

do domínio da medicina e da enfermagem, ao adotar a ideologia do servir, da doação, da abnegação e da obediência, responsabilizando-se por “tudo” gasta seu tempo administrando as carências e as impossibilidades de seu trabalho, perdendo partes do seu fazer [...] (LUNARDI FILHO, 2000, p.44).

Se, por um lado, o desenvolvimento técnico científico vem ocorrendo, por outro, cresce a demanda por especialização e, por consequência, fragmentação do saber e do fazer médico; isto torna necessário delegar atividades à equipe de enfermagem e passa a exigir, do enfermeiro, uma postura de coordenação, gerência das ações dos cuidados e assistência direta no cuidar do paciente.

O que se espera do enfermeiro diante do paciente é que seja um profissional que execute seu trabalho com competência e também que atenda às necessidades do paciente e de sua família, entendendo as manifestações de dor e dependência, compreendendo seus temores, mas sem criar envolvimento nem inter-relacionamento. Dessa forma, o enfermeiro encontra-se, no cotidiano de seu labor, envolvido em vivências de angústia, medo, dúvida, sofrimento, prazer, satisfação, insatisfação que o leva a não ter tempo para sentir e trabalhar com suas próprias emoções; as instituições não prevêm, não estimulam e, muito menos, mostram compreensão com os profissionais enfermeiros que corajosamente relatam sua existência e seus sentimentos (MELO, 2000).

A possibilidade de o enfermeiro realizar um trabalho com certo grau de autonomia, no que se refere à organização do ambiente, bem como a certas estratégias para planejar os cuidados e controle do trabalho da equipe de enfermagem, não depende na totalidade do diagnóstico médico, mas ainda há pouco espaço para a enfermagem alcançar suas metas de ampliação da assistência e de autonomia profissional (LEOPARDI, 1991).

Sendo assim, percebe-se que a enfermagem é uma prática com características de dependência, que está diretamente ligada e determinada a desenvolvimentos histórico, cultural e de construção social e à apreensão das características do modelo clínico-biologicista.

A equipe de enfermagem, embora execute muitas tarefas interdependentes de determinações da prática médica, não precisa sentir-se totalmente subordinada a tal prática. Há que se enxergar com maior ou menor grau de autonomia, pois é um trabalho cooperativo (LUNARDI FILHO, 2000).

O trabalho na enfermagem, de uma maneira geral, é realizado pela divisão de tarefas, ou seja, a cada membro da equipe compete uma ou várias atividades. Há uma cisão entre o saber e o fazer, lógica das escolas científicas ou clássicas já apresentadas anteriormente, em especial do taylorismo, cujas conseqüências ultrapassam amplamente o campo da saúde mental e física dos trabalhadores, neutralizando a atividade mental dos indivíduos ao separar, radicalmente, o trabalho intelectual do manual. Desse modo, não é o aparelho psíquico que aparece como vítima do sistema, mas, sobretudo, o corpo dócil e disciplinado, entregue, sem obstáculos, à imposição da organização do trabalho, à direção hierarquizada do comando.

Desta maneira, o “corpo encontra-se sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental” (DEJOURS, 1992, p.19).

Assim, há que se compreender os sentimentos vivenciados nestes modelos administrativos e buscar novos caminhos para o trabalho da enfermagem que vislumbrem uma atenção especial aos trabalhadores sob os aspectos físico, psíquico e emocional.

A enfermagem precisa acompanhar as transformações que estão ocorrendo na sociedade contemporânea, buscando cada vez mais inovações na gestão de serviços que permitam amenizar as conseqüências do modelo tradicional de administração, utilizado até hoje na maioria das instituições de saúde (FERNANDES; SPAGNOL; TREVIZAN, 2003).

O fato de ter como objeto de trabalho o sujeito doente, que sofre, sente dor, morre e tem uma família envolve os trabalhadores de enfermagem em situações causadoras de ansiedade, tensão, sofrimento, angústia e estresse, entre outros, potencializando as cargas psíquicas advindas do ambiente hospitalar, da falta de autonomia, da divisão do trabalho por categorias e por tarefas, da supervisão constante e do ritmo interno do trabalho (SILVA, 1996).

Em estudo realizado em diferentes turnos de trabalho dos enfermeiros, os resultados mostraram que há aspectos penosos para esses profissionais como, por exemplo, o desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação e as longas distâncias percorridas durante as atividades laborativas, destacando-se o estresse da atividade do enfermeiro e da equipe de enfermagem (MARZIALE, 1990)

Poucos profissionais deparam-se com a realidade do sofrimento alheio e da ameaça da morte, como os enfermeiros. Seu trabalho, além de envolver tarefas desgastantes e atemorizadoras, suscita vivência de sentimentos contraditórios, tais como a piedade, a compaixão, o amor, a culpa, o prazer, a ansiedade, o sofrimento e o ódio. Todos eles podem surgir das reações do paciente, de sua família e da equipe de trabalho, no decorrer da sua assistência (MENZIES, 1970).

Compreender o trabalho da equipe de enfermagem institucionalizada foi importante, porque é neste cenário que se estabelecem as relações humanas, as formas de gerenciar e as organizações do trabalho, as quais podem configurar sentimentos de prazer e sofrimento.

2.5 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Passamos, a seguir, a descrever o método de trabalho da enfermagem em UTIs, pois foi nesse local que desenvolvemos nossa pesquisa.

2.5.1 Gênese e Principais Características

A história mostra-nos que o surgimento de UTIs apresentou duas vertentes: uma voltada para a necessidade de serem buscadas formas de facilitar o atendimento ao doente crítico e outra, oriunda de aspectos político-econômicos que foram pressionando a organização dessas unidades, no sentido de contribuir para uma melhor assistência, porém sem deixar de lado os interesses das indústrias de equipamentos, inseridas no mercado capitalista.

Na Guerra da Criméia, em 1800, Florence Nightingale já selecionava os pacientes que apresentavam quadro clínico mais grave, colocando-os em situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante (LINO; SILVA, 2001).

Entretanto, os primeiros esboços para a criação de UTIs surgiram por volta de 1946, com a criação de salas de recuperação pós-operatória, seguidas pelas unidades de choque nos hospitais americanos (LINO; SILVA, 2001; SHIMIZU, 2000).

As UTIs foram criadas na década de 1960, a partir da iniciativa de pesquisadores ingleses e americanos, os quais perceberam que os pacientes em estado grave possuíam problemas fisiopatológicos comuns e que sua sobrevivência dependia da manutenção eficaz das funções vitais e do controle de infecções (SIMÃO, 1976).

Assim, é nos Estados Unidos que as primeiras UTIs surgem, com base no sistema de cuidado progressivo, ou seja, o atendimento estabelecido era ordenado de acordo com o grau de complexidade assistencial e a gravidade do quadro clínico apresentados pelo paciente.

Durante esse período, houve muitas pressões políticas e econômicas para a proliferação das UTIs. Com apoio governamental e de fundações privadas norte americanas, dá-se início a uma grande exposição de vendas de equipamentos hospitalares, visando aumentar os lucros de seus fabricantes. Conseqüentemente, ocorre a saturação do mercado interno norte-americano, tornando-se necessária a exportação de produtos excedentes para outros países, principalmente os do terceiro mundo (WAITZKIN, 1981).

No Brasil, as UTIs surgem a partir da década de 1970, período conhecido como o do milagre econômico, no qual a política era, essencialmente, voltada para a busca da modernização, o que ocorreu também no setor saúde. Houve o propósito de centralizar recursos humanos e materiais, inserindo-se tecnologia de ponta, cuja formação visava garantir a qualidade da assistência aos pacientes em estado crítico e recuperáveis; há prioridade nos níveis de atenção secundário e terciário (IDE, 1989).

Esse fato também pode ser verificado nos anos 90, quando ocorre um incremento de investimento tecnológico nos hospitais, devido à concepção que visava torná-los serviços de excelência através do uso de tecnologia avançada (PIRES, 1996).

Vale ressaltar que a maioria das UTIs dos hospitais públicos, devido ao aumento dos custos dos serviços de saúde e ao sucateamento da rede pública, não conseguiu acompanhar a modernização tecnológica. Embora essas UTIs ainda não sejam suficientes, atendem à maioria da população brasileira, que não tem acesso a outro tipo de serviço (SHIMIZU, 2000).

A UTI é caracterizada como uma unidade fechada e com acesso restrito (BRASIL, 1987b) e conceituada como:

unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 1998c, p.109).

De acordo com o Ministério da Saúde, todo hospital terciário com mais de cem leitos deve ter espaço para tratamento intensivo correspondente a, no mínimo, 6% de sua capacidade de atendimento (BRASIL, 1998c).

De acordo com a portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, há o estabelecimento de critérios para classificação das UTIs, de acordo com sua complexidade, em tipo I, II e III, com a finalidade de cadastramento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998c).

Descrevemos, a seguir, o que deve existir em UTIs destinada a adulto, do tipo III, visto que nossa pesquisa foi desenvolvida em um cenário com essa classificação.

Tais UTIs precisam, segundo Shimizu (2000), contar com:

- espaço físico: mínimo de 9m² por leito;
- recursos humanos: a metade da equipe médica necessita ter o título de especialista em medicina interna, reconhecido pela Associação Intensiva Brasileira (AMIB), ou seja, um responsável técnico, um médico diarista e um plantonista exclusivo para cada dez leitos nos turnos manhã e tarde; um enfermeiro exclusivo para cada cinco leitos; fisioterapeuta exclusivo da unidade e acesso a serviço de reabilitação; um enfermeiro para coordenar o serviço de enfermagem e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos, em todos os turnos de trabalho. Com relação aos fisioterapeutas, há necessidade de um para cada dez leitos, no turno da manhã e tarde, e um funcionário exclusivo para limpeza. A unidade deve contar com o acesso a cirurgião geral, torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista;
- infra-estrutura: laboratório de análises clínicas e prestação de serviços transfuncional nas 24 horas do dia, hemogasometria, ultra-sonografia, eco-dopler, cardiógrafo, laboratório de microbiologia à disposição, terapia renal substitutiva, aparelho de raios-X móvel, serviço de nutrição parenteral e enteral, assistente social e psicóloga;

- materiais e equipamentos: para cada leito – termômetro, estetoscópio, ambú com máscara, pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo, cama Fowler, com grades e rodízio, monitor de beira de leito com vibroscópio, duas bombas de infusão e um conjunto de nebulização com máscara. Para cada dois leitos: um ventilador pulmonar com misturador do tipo blender, devendo ser um do tipo microprocessador, um oxímetro de pulso. Para cada cinco leitos deve haver ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, sendo dois para cada leito. A unidade deve possuir monitor de pressão, aparelho de marcapasso cardíaco externo, eletrocardiógrafo portátil; maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e outra para transporte, máscara de Venturi, aspirador portátil, megatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, cilindro de oxigênio e ar comprimido e bandejas para procedimentos de diálise peritoneal, toracotomia, punção pericárdica, drenagem torácica, flebotomia, punção lombar, sondagem vesical, traqueostomia e acesso venoso profundo;
- ambiente: climatizado, iluminação natural, divisória entre os leitos e relógios que sejam visíveis para todos os leitos;
- humanização: garantia dos direitos dos pacientes e dos familiares, como visitas à beira do leito, informações sobre a evolução do quadro clínico dos pacientes por meio de boletins;
- avaliação clínica: por meio de Apache II.

Como podemos observar, a UTI caracteriza-se pelo aparato tecnológico necessário para cuidar de pacientes em estado crítico, ou seja, são utilizadas as tecnologias chamadas de “duras” na concepção de Merhy (2002). Assim sendo, a doença, a realização de procedimentos técnicos, o manejo e o controle da tecnologia têm sido priorizados nas UTIs. Entretanto, é esquecida a dimensão subjetiva das pessoas internadas, familiares e dos trabalhadores que ali se encontram (VIANNA; CROSSETTI, 2004).

Em continuidade às informações julgadas pertinentes, passamos a descrever o trabalho em UTI relacionado aos cuidados de enfermagem.

2.5.2 O Trabalho da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva – Cuidado de Enfermagem

O trabalho realizado em UTI pela equipe de enfermagem é complexo, pois os pacientes que ali são admitidos apresentam quadro clínico considerado crítico ou risco iminente de vida.

É comum encontrar os pacientes com muitos artefatos terapêuticos, como drenos, sondas e cateteres, dentre outros, interligados a outros aparelhos que mantêm as funções vitais, como máquinas de hemodiálise, respiradores artificiais, aparelhos monitoradores de frequência cardíaca, pressão arterial e nível de oxigênio periférico, dentre outros.

Os pacientes que ali estão internados, na maioria das vezes, estão impossibilitados para o autocuidado básico, bem como para comunicar-se. Os conscientes enfrentam, além do sofrimento físico, o psíquico por estarem em uma UTI. Por sua vez, os familiares também sofrem e se assustam com o ambiente e com a gravidade do estado dos pacientes (SHIMIZU, 1996).

Dessa forma, a equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, tem grande responsabilidade em atender a todas as necessidades que envolvam o paciente e seus familiares.

Na UTI, também existe a divisão do trabalho em enfermagem, que se configura na distribuição das tarefas pelas diferentes categorias de acordo com o grau de sua qualificação, ou seja, os enfermeiros geralmente assumem as funções de organização do trabalho, distribuindo as outras tarefas necessárias aos cuidados dos pacientes.

O trabalho nesse local organiza-se segundo o modelo clínico e curativo. Assim, as condutas de enfermagem são dependentes ou complementares a procedimentos médicos e de tecnologia médica relativa ao diagnóstico e tratamento dos pacientes. Neste cenário, são os técnicos e auxiliares de enfermagem que operacionalizam grande parte da assistência desenvolvida com os pacientes, sob a supervisão dos enfermeiros, sendo que a finalidade do trabalho, a recuperação e o controle da doença, são desenvolvidos por meio de uma tarefa centrada na divisão individualizada (CASTELANOS; RODRIGUES; ALMEIDA et al., 1989).

[...] na grande maioria das UTIs, os técnicos e auxiliares de enfermagem constituem a maior parte da força de trabalho da enfermagem. E, geralmente, o número de técnicos é menor do que auxiliares de enfermagem. Um dos motivos dessa diferença é o de serem técnicos de enfermagem mais onerosos para a instituição de saúde (SHIMIZU, 2000, p.7).

Desta maneira, os profissionais de enfermagem enfrentam dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência aos pacientes em estado crítico e estão expostos às exigentes solicitações de pacientes, familiares, médicos e do próprio enfermeiro. São pouco valorizados pelos mesmos e também pela instituição, pois executam tarefas manuais, consideradas de menor importância ou valor em relação às intelectuais, podendo ser esse um dos fatores geradores de sofrimento no trabalho, uma vez que este é um local de tarefas intensas, complexas e de confronto diário com a morte.

O modo de produção capitalista destaca a subordinação do trabalhador ao labor no que se refere às suas dimensões física e psíquica, pois não é só o corpo que é tomado, mas também a sua atenção, sua energia mental e sua vontade (COSTA, 2005). Se a organização do trabalho não permite nada além do fazer mecânico e fragmentado, desencadeia-se, provavelmente, “a mais violenta das expropriações, a expropriação da humanidade, da dignidade, da possibilidade do trabalhador fazer-se homem e de fazer-se pleno” (RAMOS, 1999, p.7).

Em estudo realizado com os cuidadores de pacientes em UTI, os resultados revelaram que os sentimentos do cuidar são permeados por vivências de sofrimento sobre as quais os envolvidos não costumam refletir em conjunto e que, em algumas ocasiões, levam os relacionamentos a apresentarem características de competitividade, de não colaboração, de desigualdade e de intolerância entremeadas por cobranças e contribuindo, assim, para manter um distanciamento entre os membros da equipe, o que torna o ambiente de UTI ainda mais desgastante (VIANA; CROSSETI, 2004).

Os trabalhadores de enfermagem, para suportarem o sofrimento no trabalho, desenvolvem algumas estratégias defensivas, tais como fragmentação da relação cuidador e paciente, despersonalização, abstenção da importância do indivíduo, distanciamento e negação de seus próprios sentimentos quando estão em contato com a tarefa do cuidar. No que se refere ao modo de organização do trabalho, os profissionais de enfermagem adotam estratégias para evitar o

sofrimento, buscando mecanismos que funcionem como ritual de postergação e controle de decisões que deverão ser tomadas frente às demandas inerentes aos pacientes (MENZIES, 1970).

Valorizar e promover o desenvolvimento da interação e cooperação grupal, respeitando as diferenças individuais de cada elemento da equipe de enfermagem, com toda certeza pode favorecer a formação de vínculos afetivos e o aumento dos sentimentos de prazer, pois o homem não consegue trabalhar só, ou seja, os diferentes modelos de organização do trabalho exercem influência na determinação do processo saúde e doença das pessoas, quer sejam relacionados aos aspectos físicos, aos psicológicos ou aos psicossomáticos.

Sabe-se que o trabalho em UTI ainda tem forte relação com o taylorismo, principalmente na forma organizativa por tarefas, na qual há separação de atividades intelectuais e manuais. Torna-se, então, necessário considerar a dimensão organizacional no labor, isto é, a divisão das tarefas e as relações de produção, compreendendo que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho (DEJOURS, 1994a).

Há que se levar sempre em consideração que o organismo do trabalhador não é motor humano, na medida em que é constantemente objeto de excitações endógenas e exógenas; o trabalhador não chega ao seu local de labor como uma máquina nova. Ele tem uma história particular que se define com suas aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas que integram com sua história passada, fazendo com que cada um tenha características únicas e pessoais e, por fim, o trabalhador em razão de sua história tem formas de descargas diferentes não sendo então as mesmas para todos sendo isto determinante na formação do que conhecemos como estrutura da personalidade (DEJOURS, 1994a, p.24).

Neste contexto, acreditamos que os enfermeiros de UTI vivenciam desgaste psíquico intenso e, assim, faz-se necessária uma investigação para identificar os sentimentos de prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho, numa área tão complexa, bem como as estratégias defensivas utilizadas contra o sofrimento nesta vivência.

Para dar suporte à nossa investigação, buscamos apoio no referencial teórico da Psicodinâmica no Trabalho proposto por Dejours.

2.6 PSICODINÂMICA DO TRABALHO: UM OLHAR SOB A CONCEPÇÃO DE CRISTOPHE DEJOURS

2.6.1 Da Psicopatologia à Psicodinâmica: trajetória de um caminho

A Psicopatologia do Trabalho é a definição de uma disciplina surgida nos anos entre 1950 e 1960, pelo trabalho de diversos autores, dentre os quais há destaque para Leguillant, Veil, Sicadon e Bégoïn. Apesar dos esforços para transformar o entendimento sobre o mundo do trabalho, não se avançou muito, pois, na origem da disciplina, permaneceu dominante explicitamente o modelo causal; a pesquisa clínica estava dividida entre a preocupação em identificar síndromes e as doenças mentais. Esse era o modelo oferecido pela patologia profissional. Mesmo nos trabalhos de Dejours, com a publicação de “A Loucura do Trabalho”, o entendimento estava na relação entre os homens e o trabalho, na organização como conceito chave e considerando-se o um encontro entre os mesmos, com um conjunto de constrangimentos maciços, monolíticos, inflexíveis e inexoráveis (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; MENDES, 2007).

A Psicopatologia do Trabalho edificou-se a partir das idéias e da pesquisa de Christophe Dejours, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista que, no início de seus estudos, entendia as suas dinâmicas em situações que ora conduziam ao prazer, ora ao sofrimento, além de perceber como o medo podia seguir diferentes desdobramentos, inclusive os que culminavam em patologia mental ou psicossomática. Com o passar dos tempos, esta escola evolui, ultrapassando os estudos centrados na saúde e doença e assumindo a denominação de Psicodinâmica do Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994a).

Ainda relata que as visões anteriores da Psicopatologia do Trabalho sofreram fortes impactos com a publicação de *Travail: usure mentale*, lançado na França em 1980, traduzido e posteriormente publicado no Brasil com o título “A loucura do trabalho”. A escola dejourniana foi se constituindo em uma rede formada por diversos especialistas e por espaços de pesquisa, primeiramente na França e depois em outros países. Foi criada a *Association pour L’ouverture du Champ d’Investigation Psychopathologique*, com a finalidade de integrar pensadores e pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento, promovendo reuniões, seminários e trabalhos publicados num processo contínuo.

Na década de 1990, o itinerário dejouriano continua, porém assumindo uma importante redefinição. Os estudos passam por um processo de amadurecimento que culminam com a criação de uma disciplina chamada Psicodinâmica do Trabalho, cujos primeiros textos tiveram início também na França. A análise da Psicodinâmica é um tema que designa o estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos intersubjetivos e intra-subjetivos existentes entre a organização prescrita e a organização real do trabalho (MENDES; ABRAHÃO, 1996; MENDES, 2007).

Na Psicodinâmica do Trabalho, apesar da referência estar diretamente unida ao concreto, os conceitos são elaborados a partir do confronto com a história singular, crenças, desejos, ponto de vista construído a partir da história de cada homem que se vê o mundo objetivo e as tarefas a serem executadas. É na racionalidade do sujeito e na ação que se permite relacionar o sofrimento e procurar fazer com que o trabalho seja o mediador do prazer (HIRATA, 1989; LANCMAN; SZNEWAR, 2004).

Há um destaque para a importância da identidade e do reconhecimento, uma vez que o labor é o cenário para a realização de si mesmo e para o fortalecimento da singularidade do indivíduo.

O reconhecimento com relação àquilo que é realizado, exercício fundamental para a mobilização do sujeito. Assim estaria dada a condição propícia à criatividade, à inventividade, ao encontro, à descoberta, na medida em que o reconhecimento é fator fundamental para evitar a alienação decorrente do desprezo e da conseqüente falta de sentido diante daquilo que o homem realiza profissionalmente (LANCMAN; SZNEWAR, 2004, p.39).

Corroborando com esse pensamento Ferreira (1993), ao afirmar a importância que adquire o reconhecimento, ou não reconhecimento, por parte dos seus pares ou supervisores hierárquicos. O sofrimento é experimentado quando isso não ocorre, porque os trabalhadores sentem-se injustiçados e não valorizados.

Nesta mesma linha de pensamento Cura; Rodrigues (1999) relatam que o reconhecimento traduz-se em auto-realização e pela consideração dos colegas e da sociedade pelas atividades que exercem.

Assim, o bem estar físico e o prazer são, simplesmente, a liberdade destacada ao desejo de cada um na organização de sua vida e, por conseqüência,

no trabalho; liberdade entendida sobre o conteúdo do labor, sobre com é efetivada a divisão das tarefas e a existente entre os homens e nas relações que mantêm entre si.

Desta maneira, compreender que a saúde não é um completo bem-estar físico, mental e social, mas sim, antes de tudo, um fim, um objetivo a ser atingido, um estado do qual procuramos nos aproximar, é o ponto de partida da Psicodinâmica do Trabalho, pois o bem-estar social e o psíquico e até mesmo o físico não são estáveis, de forma que, uma vez atingidos, não há garantia de que se possa mantê-los para sempre, uma vez que a saúde é instável, muda o tempo todo (DEJOURS, 1986).

A separação clássica existente entre o “dentro-do-trabalho” e o “fora-do-trabalho”, na Psicodinâmica, é radicalmente desconsiderada, pois o funcionamento psíquico não é divisível. O homem se engaja em estratégias defensivas contra o sofrimento no labor, não abandona seu funcionamento psíquico no vestiário. Leva contrariedades mentais consigo e necessita do círculo familiar para manter suas defesas a fim de regressar ao trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; LUNARDI FILHO, 1997).

Beck; Budó; Gonzales (1999) afirmam que o convívio harmonioso com a família, consigo mesmo e com os outros propicia relações mais fecundas no trabalho e na vida como um todo, ou seja, as inferências do labor não se restringem, apenas ao ambiente laboral. Este repercute nas necessidades do trabalho, na vida familiar e na vida pessoal dos trabalhadores.

A seguir, descrevemos o modelo da Psicodinâmica propriamente dita.

2.6.2 O Modelo da Psicodinâmica do Trabalho

2.6.2.1 O trabalho na concepção dejouriana

O trabalho é um gerador de saúde ou, ao contrário, um constrangimento patogênico. Jamais é neutro; joga a favor da saúde ou leva o indivíduo à descompensação (DEJOURS, 2004a; LANCMAN; SZNELWAR, 2004; SENNA; FREITAS, 1994).

A Psicodinâmica analisa a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade (DEJOURS, 1994a).

O trabalho é contínuo e permeia toda a vida do indivíduo. Assim, na concepção da Psicodinâmica, é ele o elemento fundamental na construção do próprio sujeito, revelando-se como mediador entre o inconsciente e o campo social, o particular e o coletivo, constituindo-se em campo aberto para os investimentos subjetivos, de construção de sentido, de conquista da identidade e da própria história do indivíduo (MENDES; LINHARES, 1996).

Dessa forma, “[...] a organização do trabalho permite esclarecer que ele em si não é nocivo e perigoso, como se fossem intrinsecamente possíveis esses atributos. Ao contrário, o que o torna desse modo é exatamente a forma como está organizado pelo próprio homem” (COHN; MARSIGLIA, 1994, p.71).

O comportamento humano é equipado com a racionalidade, que tem um conteúdo social bem definido. Quanto mais racionalmente o indivíduo se comporta com emoções e dedica-se ao seu trabalho usando a razão, tanto mais sucumbe aos aspectos frustrantes advindos do mesmo. Acaba perdendo a habilidade de abstrair da forma especial em que a racionalidade se cumpre e desacredita de suas potencialidades não realizadas (MARTINS, 2002).

Os princípios da Psicodinâmica ultrapassam os padrões que relacionam a disciplina observável das coisas e a racionalidade do elemento institucional e da liberdade. Visam correlacionar os aspectos subjetivos do indivíduo com o trabalho, em especial, à medida que as relações humanas nas instituições são influenciadas pela forma como o trabalho está organizado, ou seja, por seu processo organizativo.

A organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens, a organização do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas no trabalho (DEJOURS, 1994a, p.26-27).

A organização do trabalho é um compromisso que deve ser negociado entre quem o organiza e quem o faz. Ocorre uma evolução e transformação que muda desde as instalações até as relações de trabalho. Tal organização é uma relação social, um compromisso entre as metas a serem atingidas e os procedimentos e as dificuldades reais para a execução do labor.

Desta forma, deve ser uma ação de reflexão coletiva, da qual os trabalhadores devem participar como agentes ativos (LANCMAN; SANTOS; ROMERO et al., 2003).

Esse trabalhador deve ter um papel ativo diante das imposições e da possibilidade de transformar efetivamente as situações vivenciadas no cotidiano laboral, para que elas possam, também, trazer benefícios para a sua saúde mental.

O trabalho tem que ser visto sempre em três universos: o objetivo, o social e o subjetivo. O labor real não pode ser reduzido à sua dimensão técnico-econômica ou à sócio-ética. Ele é tanto subjetivo como intersubjetivo e, ao não se considerar a subjetividade, criam-se condições que podem levar os sujeitos a sofrerem e a resistirem a seu sofrimento com estratégias defensivas (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

O primeiro, o universo objetivo, é consequência do uso da inteligência do trabalhador. Surge do confronto entre o que é imposto pela organização do labor e as necessidades psíquicas dos sujeitos. É uma espécie de resistência ao domínio dos conhecimentos e procedimentos preconizados pela concepção e preparação do trabalho.

O segundo componente, social, considera que o trabalho exige sempre a coordenação das atividades singulares por meio da cooperação mútua, ou seja, não é prescrita nem decretada, está relacionada diretamente com a convivência que os sujeitos estabelecem entre si nas relações intersubjetivas de confiança.

No último componente, a mobilização subjetiva dos trabalhadores leva o indivíduo a fazer uso de sua personalidade e inteligência para se opor a uma racionalidade objetiva e específica gerada no ambiente laborativo. Neste momento, apóia-se na contribuição e retribuição dos envolvidos.

No cotidiano do labor, o homem se depara com cargas de trabalho, definidas como “o conjunto de esforços desenvolvidos para as exigências das tarefas. Esse conceito abrange os esforços físicos, os cognitivos e os psicoafetivos (emocionais)”. Há uma correlação nos três tipos de cargas, então, uma sobrecarga em qualquer área poderá refletir-se em sobrecarga nas outras duas (SELIGMANN-SILVA, 1994b, p.58).

O resultado da carga do trabalho é determinado pelos fatores do meio ambiente e dos diversos elementos que fazem parte das condições do labor,

que se produzem tanto individualmente como coletivamente. A carga global das atividades laborativas constitui-se pelo ambiente de trabalho, que são os riscos físicos, químicos e biológicos, fatores tecnológicos e pelas condições de trabalho, descritas como conteúdo e processo de organização do mesmo, duração e configuração do tempo, da ergonomia e do modo de gestão administrativa. Todos esses fatores são determinados pelo trabalho, sendo resultado das inter-relações existentes entre empresa/organização e os trabalhadores (NEFFA, 1998).

A carga de trabalho implica intensidade e, por consequência, quantificação, sendo um desafio para os ergonomistas, quando tratam da dimensão subjetiva, em especial do sofrimento (SELIGMANN-SILVA, 1994b).

No ambiente do labor, a carga física torna-se perigosa quando há um excessivo emprego de caráter fisiológico. Em relação à carga psíquica, o perigo principal está relacionado ao subemprego de aptidões psíquicas, fantásmicas ou psicomotoras, reprimindo a energia pulsional, o que constitui previamente a carga psíquica do trabalho e leva ao sofrimento. Quando as trajetórias laborativas se opõem à livre atividade do aparelho psíquico, ele se torna perigoso, porque o bem-estar, em relação a tal carga, não advém somente do funcionamento, mas, ao contrário, também de um livre funcionamento dialeticamente articulado com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. Com relação ao prazer no trabalho, resulta da descarga de energia psíquica que a atividade propicia o que corresponde a uma diminuição da mesma no labor (DEJOURS, 1994a).

Afirma ainda, que a carga psíquica é fundamental para regular a carga global do trabalho. Assim sendo, quando o trabalho propicia a sua diminuição, torna-se equilibrante; em caso contrário, torna-se fatigante. O rebaixamento de tensão e a descarga da energia pulsional são gênese e fonte do prazer, ou seja, alívio do sofrimento no labor.

Assim sendo, mesmo que as tarefas possam ser moderadas e que o trabalho proporcione paradas, a carga psíquica pode ser intensa, pois a inatividade, desde que imposta pela organização do trabalho, opõe-se à descarga de energia, impedindo a descarga pulsional e ocasionando uma alta carga psíquica.

2.6.3 Prazer e Sofrimento no Trabalho: uma abordagem da Psicodinâmica Dejouriana

Nós temos dois corpos. O primeiro é o biológico, composto por todos os órgãos e suas funções. O segundo, o psíquico, no qual habitamos e experimentamos a vida, o prazer, o sofrimento, o desejo, a excitação sexual. Este é indissociável da subjetividade.

A Psicodinâmica do Trabalho pauta-se em uma metodologia que privilegia a intersubjetividade², ou seja, trata da mobilização da subjetividade própria como acesso à do outro (MOLINIER, 2003).

No trabalho, de acordo com os preceitos da Psicodinâmica, há três cargas que envolvem o trabalho: o físico, o mental (cognitivo) e o psíquico, sendo que este último tem ligação direta com a saúde mental. Esta carga psíquica apresenta-se em torno de dois principais vetores: o reconhecimento e a autonomia, que estão incluídos na construção da identidade no trabalho, é necessário o olhar do outro sobre o que se reproduz nas práticas, sobre o fazer; esse reconhecimento é encontrado quando se constata que há gratidão pela contribuição significativa da pessoa para com a realização do seu labor. Tal reconhecimento deve estar pautado na autonomia, para que se possa realizar minimamente os atos e gestos e tomar-se decisões para executar as tarefas pelas quais se é responsável (SAINT-JEAN, 2003).

Do reconhecimento depende, na verdade, o sofrimento. Quando meu trabalho é reconhecido, também minhas angústias, meus esforços, minhas dúvidas, minhas decepções e meus desânimos adquirem sentido. Este sofrimento não foi em vão, não colaborou somente com o processo de organização do trabalho, mas fez do indivíduo uma pessoa diferente daquela que era antes do reconhecimento. Assim, o trabalho se inscreve na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a ferramenta para a saúde mental e o indivíduo, se não puder usufruir dos benefícios do reconhecimento de seu trabalho, não pode atingir o sentido de sua relação com o mesmo. Desta forma é que surge o sofrimento, que pode ser desestruturante, capaz de levar a desestabilizar a identidade e a personalidade, ocasionando a doença mental (DEJOURS, 2000).

² Molinier (2003) define intersubjetividade como o corpo a corpo, com ou sem contato; não se vê, não se observa, ela é experimentada pelo corpo.

Para o labor ter sentido, para voltar a ser a realização de si mesmo e estabelecer relações enriquecedoras, é necessária a compreensão que, ao executar qualquer trabalho, devemos levar em consideração as questões da subjetividade.

A Psicodinâmica do Trabalho dedica-se à análise da dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Seu interesse está voltado para as vivências dos sujeitos e a intersubjetividade que permeia o labor, bem como para o lugar ocupado pelos processos psíquicos (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

A partir de estudos realizados para identificar as pressões do trabalho, os resultados revelaram que as mesmas realmente podem afetar o equilíbrio psíquico e a saúde mental e são provenientes da organização do trabalho. Portanto, faz-se necessário entender a organização do trabalho de duas formas: primeiramente, como divisão das tarefas, atingindo diretamente a questão do interesse e do tédio no trabalho; em segundo, como a divisão dos homens, que diz respeito às relações que os trabalhadores estabelecem entre si, no ambiente laborativo, isto é, seu processo organizativo (DEJOURS, 1993b).

Dessa maneira, o trabalho é uma ação, mas, dependendo da como está organizado, pode impedir o indivíduo de pensar a racionalidade dessa ação e, dessa maneira, propiciar a limitação na capacidade de pensar (HELOANI; LANCMAN, 2004).

O exercício da reflexão coletiva supõe mais discussão em conjunto, uma ação com a finalidade da apropriação de uma inteligibilidade comum, conduzida pela compreensão de acordos, normas e de novas regras do trabalho. Para isso, é imprescindível a criação de espaço no qual as pessoas possam se expressar e ouvir, para que realmente a transformação do processo de organização do trabalho ocorra (DEJOURS, 1999).

Se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de falar, de sensibilizar o pensamento e chegar a uma interpretação, pode-se abrir a possibilidade de negociação, de buscar um novo sentido, compartilhá-lo, de transformar e assim fazer o processo de organização do labor desenvolver-se (HELOANI; LANCMAN, 2004).

As pressões das normas do trabalho, por serem suficientemente seletivas, eliminam da empresa os sujeitos que apresentem sintomas mentais ou distúrbios comportamentais, ou os transferem para outro local e para outras tarefas.

Dessa forma, os trabalhadores engendram uma normalidade aparente, que é conquistada e conservada pela força, marcando o sofrimento, definido como um espaço de luta situado entre o bem-estar e a doença mental ou até mesmo a loucura (DEJOURS, 1993b).

Há que se estar alerta para essa normalidade, pois pode ser resultado de um equilíbrio instável, essencialmente precário, entre o sofrimento psíquico e as defesas usadas contra ele, ou seja, se, de um lado, a normalidade é confundida como estado saudável entre as pessoas, por outro, pode ser o disfarce de um sofrimento ou o esforço dos sujeitos para se manterem produtivos e atuantes – mas sempre à custa de muito sofrimento (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

As relações entre o sofrimento e a organização não se direcionam sempre no caminho da felicidade no mundo externo e da promessa de desprazer no interior da instituição. O trabalho pode ser fonte de prazer e intermediador da saúde. Quando o sujeito luta contra o sofrimento, muitas vezes elabora soluções que são favoráveis tanto para a produção como para a saúde.

Esse sofrimento é denominado criativo. Quando ocorre o contrário, ou seja, quando o indivíduo busca soluções, mas não as encontra, tornando-se incapaz de estabelecer condições favoráveis à produção e à sua saúde, esse sofrimento é definido como patogênico (LUNARDI FILHO; MAZZILI, 1996).

Quando o sofrimento não se manifesta na forma de afecção psicopatológica, é porque os indivíduos realmente buscam se proteger e defender, lançando mão de mecanismo de defesa, coletivo ou individual. A doença surge quando há uma quebra do equilíbrio e o sofrimento, não encontra mais solução (DEJOURS, 2000; HIRATA, 1989).

A criação de espaços organizacionais nos quais o reconhecimento pelos pares e pela hierarquia favoreça a expressão do saber-fazer, o prazer vindo do reconhecimento, tanto em relação à conformidade com as regras do ofício quanto com o da construção da singularidade do sujeito, proporciona engajamento, senso de responsabilidade e mobilização da criatividade que passa a ser investidos no labor (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; LUNARDI FILHO, 1995).

Lancman; Sznelwar (2004) ainda destacam que a atividade criadora, então, é contraposta, negada e até passível de punição. No registro do que não pode ser compartilhada, ela reside em várias fontes de sofrimento, vividas individualmente pelos sujeitos, podendo vir a ser compartilhada em um processo de

intervenção baseado na Psicodinâmica do Trabalho que age como uma lente de aumento que torna visível e pode favorecer a dinamização da gestão da organização do trabalho.

No coletivo é que se constrói o sentido comum dos sofrimentos vividos e é por meio de ações comunicativas que se compartilham os sentimentos. Para que isso ocorra, é necessária a criação de um espaço comum, no qual a palavra possa criar uma linguagem comum que leve a uma nova inteligibilidade, a uma nova interpretação e a um novo sentido para o trabalho (ARENDT, 1981).

Assim, a criação de um espaço público dentro das instituições poderia resolver diversas questões relativas às dificuldades existentes, propiciando um efeito positivo no processo das relações de cooperação e de troca de conhecimentos que, por sua vez, trariam efeitos expressivos no prazer dos indivíduos ao desenvolver suas atividades laborais.

Há também que se destacar que pode ocorrer o aparecimento do sofrimento psíquico decorrente da desconfiança existente entre os membros das equipes, trazendo conflitos dentro das mesmas e levando os sujeitos a uma maior individualização, a um fechamento sobre si próprio. E a criatividade, a inventividade e a descoberta de novas soluções não serão suficientes para enfrentar as dificuldades organizacionais; por isso, oferecer meios para expressão do homem no trabalho é o ponto de partida para a busca de soluções (MARTINS; FARIA, 2002; SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

Por meio do trabalho, os indivíduos interagem nas relações sociais, para onde transferem questões relacionadas com a hereditariedade de seu passado e de sua história. Assim sendo, surge a ressonância simbólica como condição fundamental para a articulação da dicotomia singular entendida como sofrimento individual, herdado da própria história psíquica de cada indivíduo, ou dimensão diacrônica, com a sincrônica coletiva, compreendida como sofrimento atual, surgido do reencontro do sujeito com a situação do trabalho, ou dimensão sincrônica (DEJOURS, 1993b).

Esse entendimento é essencial, porque em relação à produção e à qualidade do trabalho, a ressonância simbólica permite fazer com que o trabalho beneficie-se da força extraordinária que a mobilização dos processos psíquicos nascidos do inconveniente confere. A ressonância simbólica é assim, uma condição de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção (DEJOURS, 1993b, p.157).

Desta maneira, por não suportar o sofrimento e por não conseguir transformá-lo em criatividade e, conseqüentemente, em prazer, e para não usar como único recurso às estratégias defensivas, a transformação do sofrimento em criatividade vai depender da ressonância simbólica e de um espaço para discussão coletiva (HIRATA, 1989).

A ressonância simbólica articula o teatro privado da história individual da pessoa aos teatros atuais e públicos do trabalhador, possibilitando assim o aparecimento da sublimação e do prazer no trabalho.

Quando surgem, “as dificuldades vivenciadas nas relações infantis com os pais podem ser impeditivas para a pessoa vivenciar o processo de ressonância simbólica” (MENDES, 1994, p.14).

Neste sentido, o trabalho pode ser considerado como o espaço de satisfação sublimatória, pois, quando o trabalhador transfere sua energia pulsional, inicialmente ela é dirigida para as figuras parentais com o objetivo de satisfação imediata e para as relações sociais com satisfação de amor ao próximo.

Quanto ao espaço público, esse é construído pelos próprios trabalhadores, constituindo-se em momentos em que são compartilhadas a cooperação, a confiança e as regras comuns. É o lugar representado pela fala, pela expressão de todos sobre o sofrimento e a busca de formas de transformar a situação vigente (DEJOURS, 1992; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Para transformar o sofrimento em iniciativa e mobilização criativa faz-se necessário o uso da palavra, num espaço de discussão, onde as opiniões, conflitos, perplexidades, tornem-se públicas. Entretanto, isso não deixa de fora os trabalhadores e a gerência, que sem sombra de dúvidas necessitam de escalas e de organização de trabalho prescrita, pois para fazer o uso da palavra, pressupõe-se um referencial formado pela organização real do trabalho (LUNARDI FILHO, 1995, p.39).

Para isso, é necessário que o discurso dos trabalhadores, em todos os níveis hierárquicos, seja disposto em relação à eqüidade, ou seja, aqueles que ouvem devem estar prontos assim como os que falam, pois falar é assumir riscos, é ousar. Para quem escuta, esse discurso pode funcionar como desestabilizador, porque coloca em causa a perspectiva do processo organizativo prescrito no trabalho e não o trabalho real; por outro lado, é onde se pode iniciar uma reflexão

crítica e fomentar um aprofundamento sobre o conhecimento real (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Desse modo, uma condição para obter satisfação no trabalho ocorre quando o processo de organização torna-se flexível, permitindo ao trabalhador uma forma de empregar as aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas e propiciando, ao indivíduo, levar em conta suas habilidades; há também uma diminuição de sua carga psíquica, do sofrimento e um equilíbrio na carga fatigante do trabalho (DEJOURS, 1994a).

Para o alcance dos objetivos, muitas vezes o trabalhador se vê obrigado a trilhar caminhos que introduzem modificações, reajustamentos e improvisações que não estavam previstos inicialmente, levando-o a administrar entre a organização prescrita e a organização real do trabalho. Isto exige uma atividade de concepção (DEJOURS, 1993a).

Ao reajustar o labor prescrito, várias vezes o trabalhador é empurrado para a ilegalidade, podendo até mesmo assumir riscos. Há exigências, portanto, em cada setor, de que se tomem decisões e se façam escolhas entre diferentes formas de “fraudar” (LUNARDI FILHO, 1995).

Os rearranjos ou “fraudes” são necessários, pois eles contribuem para a organização do trabalho. No plano subjetivo a “trapaça” pode ser uma fonte essencial para tornar interessante o trabalho; isto mobiliza a inteligência astuciosa, bem como as aptidões. Assim sendo, a “trapaça” estaria no âmago dos prazeres (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 246-7).

Para a “trapaça” funcionar é fundamental haver condições de relações de confiança entre os trabalhadores, os administradores e os gerentes. Isto significa que a “fraude” ou “trapaça” não é encoberta, ou mesmo combatida pelos membros da diretoria, caso contrário toda a economia do prazer no trabalho é eliminada, tornando-se pretexto para ameaças ou sanções, transformando-se em conflitos e desestruturação das relações de cooperação e tornando a convivência entre os trabalhadores tensa, com possibilidade de degeneração (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b; LUNARDI FILHO, 1995).

Desta maneira, fica evidenciado que as relações dos homens com a organização do trabalho podem ser bloqueadas se não houver comprometimento de todos; os conflitos podem se estender à dimensão das ideologias correspondentes às defensivas diferenciadas.

Entretanto, quando as condições são favoráveis, a “fraude” pode ser objeto de regulação, mas jamais de destruição. A regulação é fundamentalmente coletiva quando a equipe toda adota regras de trabalho que se sobrepõem e que terminam por substituir a organização prescrita. Dessa forma, chega-se a um estilo de labor peculiar à própria equipe (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

A construção de regras de trabalho implica a efetivação de dimensão coletiva e de espaço específico de discussão nos quais são possíveis as expressões verbais de opiniões e não só as de ordens técnicas (DEJOURS, 2000).

Na perspectiva da Psicodinâmica, o labor é, antes de tudo, o que é inventado pelos homens para combater o hiato entre a organização prescrita e a real. O trabalho é a atividade desenvolvida para fazer frente ao que ainda não está dado pela organização prescrita do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p.263).

Tudo isso nos leva a um novo nível de entendimento sobre a concepção de trabalho humano, no qual se exige a mobilização da inteligência, da personalidade, da criatividade, da ação moral, bem como da regulação e da coordenação coletivas.

O caminho a ser percorrido entre o trabalho prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado e descoberto pelo sujeito que trabalha; assim sendo, há uma discrepância entre o prescrito e o real, encontrado em todos os níveis de análise, seja de tarefas, seja entre organizações formal e informal (DEJOURS, 2004b).

Quando o trabalhador encontra solução para os problemas de ordem de concepção, recebendo, em troca, reconhecimento social, mas também sendo sujeito sofrendor, necessita mobilizar seu pensamento para perceber o reconhecimento subjetivo à sua capacidade de afastar a angústia e de reprimir seu sofrimento. Porém, o prazer adquirido dessa forma tem curta duração e ressurge o sofrimento. Entretanto, sendo o reconhecimento a retribuição fundamental da sublimação, isto significa um importante papel na conquista da identidade e do reconhecimento social, constituindo-se o primeiro elemento para a saúde mental (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

A sublimação é um processo psíquico através do qual os desejos encontram uma saída dessexualizada no campo social, porém há dificuldades de se

visualizar como o trabalho parcelar poderia auxiliar na sua ocorrência (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994b).

Assim sendo, trabalho e sublimação surgem como realizações fundamentais da saúde mental. Frequentemente, o obstáculo ao jogo sublimatório não é resultante de incapacidade psíquica do indivíduo tanto quanto da ausência das condições organizacionais imprescindíveis ao estabelecimento da ressonância simbólica (LUNARDI FILHO, 1995).

O trabalho não é obrigatoriamente infelicidade, pode mesmo ser operador da saúde, ao ponto de se notar que, graças a ele, certas pessoas que trabalham têm uma identidade melhor estabelecida do que aquelas que não trabalham.

Porém, a impossibilidade do sujeito elaborar, nas organizações, condições favoráveis leva-o a não se beneficiar do trabalho para dominar o sofrimento e transformá-lo em criatividade, buscando, em contrapartida, reconhecimento e identidade de forma que o sofrimento adquira sentido e o prazer seja resultado desse sofrimento (DEJOURS, 1993b).

Desta maneira, se, por um lado, os trabalhadores têm interesse em lutar contra o sofrimento, por outro, não buscam situações de trabalho isentas do mesmo, chegando até a detestá-las. Buscam desafios, porque o ambiente de trabalho é um local propício para jogar e rejogar com o sofrimento, na esperança de que disto resultem descobertas e criações que sejam úteis (LUNARDI FILHO, 1995).

Assim sendo, ao invés de eliminar o sofrimento do trabalho, compete aos administradores proporcionar condições aos trabalhadores para que eles mesmos possam gerenciar o sofrimento, em seu favor e também da produtividade (DEJOURS, 1993b; LUNARDI FILHO, 1995).

Quando não é mais possível o arranjo da sua organização, bloqueando a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa, a imaginação e o sofrimento criativo chegam a entrar em disputa com a injunção de realizar o trabalho prescrito com rigor definido, levando os trabalhadores a lutar contra a espontaneidade do próprio pensamento, devido à tendência que o mesmo tem em desorganizar sua atividade, modificar seu ritmo e ocasionar erros.

Como não é tão simples interromper o pensamento, o trabalhador vai recorrer a estratégias defensivas, com a finalidade de bloquear a sua atividade psíquica espontânea, e não simplesmente descartá-la, pois ela sempre retorna. Para

a maioria dos indivíduos, aumentar o ritmo de trabalho, por meio da fadiga, paralisa seu funcionamento psíquico. Estas atividades anti-sublimatórias propiciam o aparecimento do sofrimento psíquico que pode se evidenciar sob a forma de agravo físico e não de doença mental (LUNARDI FILHO, 1995).

Com os fundamentos apresentados até agora, podemos inferir que o prazer-sofrimento é basicamente determinado pela dinâmica estabelecida entre a organização do trabalho e a história de vida do trabalhador.

Na organização do labor, os elementos que mais encontramos para proporcionar o sofrimento estão associados à divisão e à padronização de tarefas, com subutilização da competência técnica e da criatividade, à rigidez hierárquica, à falta de oportunidade para expressar-se e para participar das decisões e ao não reconhecimento, dentre outras.

Para as vivências do prazer, o que ficou evidenciado são fatores como: realização de uma tarefa significativa para si mesmo, para a instituição e também para a sociedade; o uso da criatividade; a possibilidade de se expressar; a flexibilidade na organização do trabalho; e o reconhecimento, entre outros.

Para fundamentar as idéias apresentadas até o presente momento, na mesma perspectiva teórica da Psicodinâmica, passamos a descrever as estratégias para o enfrentamento do sofrimento, denominadas de defensivas, e aquelas para desenvolver o prazer, chamadas de estratégias criativas.

2.7 Estratégias Defensivas para o Enfrentamento do Sofrimento e Estratégias para desenvolver o Prazer: uma visão da Psicodinâmica

Os impactos do trabalho no funcionamento psíquico têm sido discutidos de maneira mais especial desde o período do grande avanço industrial ocorrido no início do século XX, tendo em vista os danos sofridos pelos trabalhadores quando foram submetidos à racionalização do labor, caracterizado pela padronização dos processos produtivos e pelo controle da liberdade de expressão e por trazer conseqüências como fadiga, estresse, insatisfação e sofrimento, entre outros. Como resultado, ocorre baixo desempenho e baixa produtividade e surgem problemas de saúde, física, mental e social (DEJOURS, 1992).

O sofrimento no trabalho pode ter suas origens no poder superior da natureza. Assim, está em tudo o que é superior ou foge do controle do homem, na fragilidade de nossos próprios corpos e na inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos em família, estado, sociedade e, inclusive, no mundo do trabalho (FREUD, 1974).

A Psicodinâmica cria um espaço para que o trabalho do ser humano não ocupe lugar marginal na identidade do sujeito, por isso a energia sublimada no labor é fundamental para a construção e a manutenção psíquica de cada indivíduo, sendo, então, a alavanca para modificar, transformar as situações adversas do trabalho, geradoras de sofrimento (DEJOURS, 1993b).

Com esse entendimento, o sofrimento no ambiente laborativo deixa de ser elemento desestabilizador passando a ter papel ímpar no aumento da resistência e do fortalecimento da identidade da pessoa. Assim sendo, o sofrimento é uma possibilidade de fazer o trabalhador buscar estratégias para enfrentá-lo e mudar as situações que o desencadeiam, permitindo às pessoas suportar o trabalho e o sofrimento.

Se tal sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica, ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pelo aparecimento de uma doença mental, é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo. Existem aquelas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente; trata-se de estratégias coletivas de defesa. Há também as de defesa individuais (DEJOURS, 2000).

As estratégias defensivas visam evitar o sofrimento, muitas vezes inconsciente, sendo difícil o confronto e a convivência com o mesmo para a manutenção do equilíbrio psíquico, buscando-se no ego a proteção contra os conflitos encontrados na base do sofrimento. Assim, o sofrer não é estado emocional estático e permanente na vida do trabalhador, mas um processo dinâmico que se estende às demandas interligadas ao indivíduo e à organização (MENDES, 1999).

Em estudo com o objetivo de identificar como os trabalhadores permanecem na normalidade, como isso é possível e como enfrentam as pressões no trabalho, os resultados mostraram que a normalidade é o resultado da composição entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o mesmo. Portanto, ela não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário, é o resultado

alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho (DEJOURS, 2000).

O funcionamento dessas estratégias contribui para tornar aceitável aquilo que não deveria ser e pode funcionar como armadilha que insensibiliza contra o que causa sofrimento. Além disso, permite, às vezes, tornar tolerável o sofrimento ético, e não mais apenas o psíquico, entendendo que o sofrimento resultante de um mal padecido pelo indivíduo é o que ele pode experimentar ao cometer atos que o condenem moralmente.

Como vimos anteriormente, as estratégias podem ser individuais e coletivas, dependendo do contexto organizacional e dos recursos psicológicos mobilizados nas situações de trabalho, e assumem diferentes formas de manifestações comportamentais, podendo variar entre os grupos de trabalhadores dentro de uma mesma organização.

As estratégias defensivas coletivas são aquelas em que o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção de realidade que o faz sofrer. É um processo mental, já que não modifica a realidade patogênica imposta pela ação do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

A diferença entre mecanismo de defesa individual e coletivo está no fato de que o primeiro permanece sem a presença física do objeto, já que está interiorizado. O segundo depende da presença de condições externas e se mantém no consenso de um grupo de trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994b).

As estratégias individuais de defesa têm importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência na violência social, visto que são de natureza individual. Já as estratégias de defesa coletivas são construídas coletivamente. Se mesmo nesse caso, a vivência do sofrimento permanece singular, as defesas podem ser objeto de cooperação. As estratégias coletivas contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar não significa apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2000, p.103).

As estratégias coletivas têm papel essencial na estruturação dos trabalhos coletivos, na sua estabilização e coesão. Isso implica, também, modificar a percepção da realidade, colocando em risco todo o processo, visto que “há casos em que a estratégia defensiva torna-se tão preciosa para os trabalhadores que, ao se esforçarem para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho, acabam por

transformar essa estratégia em um objetivo em si mesma” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b, p.130).

Usar as estratégias é fundamental para a continuação do trabalho, bem como para uma real adaptação às pressões, podendo evitar a loucura, mas, em contrapartida, pode contribuir para estabilizar a relação subjetiva com a organização do trabalho, no estado em que ela se encontra, e alimentar, assim, resistência à mudança (MENDES, 1994).

Então, é fato a importância do processo participativo no encaminhamento das estratégias a serem interligadas pelo quadro de trabalhadores que se sintam prejudicados em termos subjetivos ou objetivos. Sendo que, “a defesa coletiva exige a participação de todos os trabalhadores sem exceção e exerce poder de exclusão e de seleção em relação àqueles que resistem às regras de conduta implicadas pela defesa coletiva” (HIRATA, 1989, p.98).

Com os mecanismos coletivos utilizados pelos indivíduos, eles se protegem do sofrimento, de forma que as estratégias defensivas são empregadas para minimizar, evitar ou negar a realidade do trabalho. Caracterizam-se por comportamentos de isolamento psicoafetivo e profissional do grupo de trabalho, de resignação, de descrença, de renúncia à participação, de indiferença e de apatia. As estratégias coletivas têm como finalidade a adaptação às pressões para prevenir a descompensação e a estabilização da relação subjetiva e da organização do trabalho, propiciando uma resistência à mudança (BETIOL, 1994; DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

As imposições do modelo de organização do trabalho geram sentimento de impotência diante dos poderes ideológico, econômico, tecnológico e político e paralisam os trabalhadores, levando-os a utilizar estratégias defensivas como a racionalização, a passividade e o individualismo (MENDES, 1994a; MENDES; ABRAHÃO, 1996).

Ao fazer uso das estratégias defensivas, pode ser que se desenvolvam fatores impeditivos de processos de mudança organizacional, pois elas podem servir como controle por parte das organizações para manutenção de seus próprios interesses, uma vez que, mesmo sendo mecanismos de proteção e adaptação do trabalhador, a perseverança de tais estratégias diante do sofrimento pode tornar essas estratégias fonte de alienação (CLOT, 1995).

A primeira intenção das defesas é resistir à agressão constituída por determinadas formas de organizações do trabalho. O fator complicador surge do fato de que tais defesas, não sendo eficazes, conseguirão dissimular, com maior ou menor êxito, o sofrimento em questão na própria consciência dos trabalhadores, ou seja, as defesas impedem, parcialmente, a tomada de consciência das relações de exploração. Assim, surge o triângulo sofrimento – defesa – alienação, que prepara novamente o sofrimento e a crise de identidade (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Na concepção dominante e na maneira de organizar o labor, os indivíduos têm pouco espaço para adaptação às situações concretas. Por mais engenhosa e inteligente, a invenção não evitaria, nem afastaria o risco da alienação mental (DEJOURS, 2000).

Em estudo realizado com enfermeiros para identificar as estratégias defensivas utilizadas, os resultados mostraram aspectos alienantes, sendo identificadas quatro estratégias defensivas: o distanciamento do paciente, a falta ou evitar se comunicar com pacientes e familiares, o distanciamento emocional e a valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal (MENDES; LINHARES, 1996).

O trabalho do enfermeiro tem conteúdos mórbidos, o que pode gerar uma representação penosa de suas atividades e o surgimento de necessidade de defesas para manter o equilíbrio psíquico. Caso cristalizadas, estas defesas podem causar prejuízos no cuidado com o paciente e criar alienação das causas do sofrimento. Isso justifica a importância de se estudar as estratégias defensivas relacionadas ao sujeito, para que se tenha clareza do seu sofrimento e se possa realizar readaptação ou realocação dos seus investimentos, desde que estes sejam confrontados ao tipo de tarefa efetuada, bem como à qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, quando as estratégias coletivas de defesa não funcionam adequadamente, pode-se produzir uma espécie de insensibilidade não mais percebida conscientemente pelos trabalhadores, contribuindo para estabilização da situação. Passam também a prejudicar os esforços necessários para repensar e transformar a relação com o trabalho e começam a induzir mudança com tendência à alienação no trabalho (DEJOURS, 1992, 2004b; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Em estudo realizado com enfermeiros sobre o prazer e sofrimento, foi desvelado que este move os trabalhadores para busca de novas situações e desafios geradores de prazer, fato que não impede o ressurgimento do sofrimento; assim sendo, é um processo cíclico permanente (LUNARDI FILHO; MAZZILI, 1996).

Esse acontecimento encontra fundamentação na sublimação que, por meio do reconhecimento e fortalecimento da identidade no trabalho, fornece condições para o trabalhador obter satisfações pelo deslocamento da energia pulsional para fins socialmente valorizados.

Assim, a sublimação na linha da Psicodinâmica é de importância ímpar, pois a energia sublimada investida no trabalho é essencial para a construção e a manutenção da economia psíquica de cada indivíduo, sendo então a força propulsora para transformar as situações não evitáveis no labor geradoras de sofrimento.

A sublimação é um processo psíquico, por meio do qual os desejos encontram saída desestabilizada no campo social. Porém, há dificuldade de empregá-la quando o trabalho é fragmentado, parcelado (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

O trabalho e a sublimação surgem como processo fundamental para a saúde mental. Na maioria das vezes, um passe do jogo sublimatório não é resultante da incapacidade psíquica do indivíduo, mas da ausência das condições do processo organizativo, necessárias ao estabelecimento da ressonância simbólica (DEJOURS, 1993b).

A sublimação sugere que o trabalho pode desempenhar um papel de destaque na construção da identidade, ou seja, na construção do que representa o próprio alicerce da saúde mental e somática. O trabalho não é obrigatoriamente infelicidade, pode mesmo ser um operador de saúde e, para alguns, a relação trabalho pode até tornar-se a viga mestra da saúde e da construção de sua identidade nas esferas erótica e afetiva (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

O ato de sublimar é entendido como o processo pelo qual um impulso é modificado de forma a ser expresso de conformidade com as demandas do meio. É um processo inconsciente, não existe repressão, pois ao se deparar com a rejeição pela consciência, o impulso é desviado para canais, socialmente aceito (D'ANDREA, 1994, p. 25).

Um exemplo citado é o fato de uma criança brincar com fezes. Ao mesmo tempo em que, normalmente, é repudiada pelos pais, a atividade pode ser transformada e ganhar expressão na atividade sublimada de um escultor (D'ANDREA, 1994).

Vale destacar que a ressonância simbólica existe entre o teatro do trabalho e o do sofrimento psíquico. O indivíduo enfrenta a situação concreta sem a necessidade de deixar sua história, seu passado, sua memória. As atividades laborativas oferecem uma oportunidade a mais para continuar o seu questionamento interior e delinear sua história, ou seja, pelo labor, o indivíduo engaja-se nas relações sociais nas quais vai enxergar as questões herdadas do passado e de sua história afetiva. A ressonância permite beneficiar-se do trabalho e da força extraordinária conferidos pela mobilização dos processos psíquicos provenientes do inconsciente e que se atualizam como inteligência astuciosa. Assim sendo, a ressonância simbólica é de alguma forma, condição de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção (DEJOURS, 2004b; LINHARES, 1994, MENDES, 1994).

A sublimação e a ressonância simbólica acontecem em um espaço muito limitado pelas responsabilidades em matéria de concepção em oposição às atividades de execução. Só podemos mostrar que, em situação real, o hiato que cada sujeito deve necessariamente gerar entre a organização prescrita e a organização real requer necessariamente uma atividade de concepção. É justamente essa atividade de concepção que toma o lugar da atividade de experimentação ocupada, outrora na criança. Ou, em outras palavras, poderemos afirmar que o jogo na criança torna-se atividade de inteligência astuciosa no adulto (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 294).

Portanto, o prazer no trabalho resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza e isto corresponde à diminuição da carga laboral. O sofrimento começa quando a energia pulsional não encontra forma de descarga no aparelho psíquico; conseqüentemente, os processos psíquicos, movimentados pelos sujeitos na invenção, imaginação, ajustamento, podem estar ligados a uma maneira específica de inteligência chamada de inteligência astuciosa (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

Ainda relatam que a inteligência astuciosa procura atender aos objetivos com procedimentos mais eficazes, deixando de utilizar apenas os modos operatórios prescritos. Trata-se de um agir astucioso, direcionado para atenuar o sofrimento, mas também para promover o prazer. A astúcia é despertada no sujeito

quando ele tem um encontro com a real situação do labor e quando a tarefa tem para ele um objetivo. Não há inteligência sem mobilização individual e coletiva das pessoas. O trabalho é anterior à formação da própria inteligência, necessária aos trabalhadores. É o exercício das atividades laborativas com o real que desperta, de alguma maneira, a formação dessa inteligência, podendo se dar em dois níveis operacionais: individual e coletivo, como já mencionado.

Vale ressaltar que

é o trabalho que produz a inteligência e não a inteligência que produz o trabalho. Entre as fontes principais do sofrimento no trabalho há um destaque para: o entrave para o exercício da inteligência criadora; a recusa generalizada desta inteligência para a qual nenhuma organização de trabalho pode funcionar; o não reconhecimento dos esforços e do custo para os trabalhadores dos exercícios desta inteligência, em termos de saúde (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 278).

No lado contrário, está o prazer unido ao labor, quando se descobre o prazer do uso da inteligência, ou seja, quando esta não é combatida e contrariada, mas reconhecida como contribuição para a organização do trabalho. Este prazer é de fundamental importância para a saúde, pois propicia a relação do trabalho como mediador da realização de si mesmo e da construção da identidade (DEJOURS, 1992).

Por fim, para que o sofrimento possa ser transformado em iniciativa e mobilização criativa, é preciso o uso da palavra, em um espaço no qual a discussão, as perplexidades e as opiniões tornem-se públicas. Isso não quer dizer que os enfermeiros e sua equipe não necessitem organizar o desenvolvimento laboral, pois o fato de usar a palavra não implica deixar de lado o referencial comum formado pela organização necessária ao mesmo (MARTINS, 2002).

Ousar falar e ouvir é, antes de tudo, não quebrar a dinâmica criada em um espaço aberto na organização do trabalho para a criatividade e a iniciativa. Para isso, faz-se necessário que os depoimentos aconteçam em todos os níveis hierárquicos e em uma relação de igualdade. Pressupõe-se que os que falam devem estar prontos, como os que ouvem. É preciso coragem de ambos os lados, pois, para quem fala, é muito difícil dizer o que se está fazendo, principalmente quando se desenvolve o trabalho com certo distanciamento dos procedimentos prescritos, mas apenas a coragem de se arriscar pode tornar visíveis e inteligíveis os componentes fundamentais do labor (FERREIRA; MENDES, 2001).

É arriscada a atividade de quem escuta, porque muitos fatos e opiniões vêm à tona e isto pode ser desestabilizador da organização do trabalho, devido às idéias pré-concebidas. É difícil porque há necessidade de questioná-los, mas é lamentável dissimulá-los preliminarmente, pois é pela contestação que se pode dar início à reflexão crítica e ao aprofundamento do real (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

O trabalho implica sempre um confronto com o real.

Este confronto pode ser gerador de sofrimento comprometendo a saúde quando torna-se intransponível. Mas é na possibilidade de deslocar os constrangimentos, os limites do real por estratégias, pela mobilização da inteligência que a saúde e prazer podem ser conquistados, mesmo que de forma instável. A saúde e o prazer estão sempre por ser conquistados, não jamais definitivamente adequados (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p.304).

Concluimos, então, que as defesas contra o sofrimento são necessárias, embora o que seja mais importante, para a dimensão psíquica, é que o trabalho seja lugar de prazer, da possibilidade do trabalhador firmar-se enquanto sujeito por meio do reforço de sua identidade pessoal e profissional. O labor deve ser o espaço do reconhecimento, da liberdade e da valorização, permitindo o equilíbrio psíquico, por meio do enfrentamento compreendido como defesa que funciona como reguladora das relações sociais do processo laborativo.

Assim, o homem conseguiu ajustamento em sua estrutura anatômica, protegendo-se do seu ambiente natural e produzindo recursos psicológicos, como as estratégias defensivas, na qual o enfrentamento é necessário para manter a estabilidade psicológica e, por consequência, a saúde mental.

Nesse contexto, fica explícita a necessidade de se ampliar os conhecimentos sobre prazer e as estratégias defensivas contra o sofrimento utilizadas por enfermeiros em UTI.

3 OBJETIVOS

- Descrever o trabalho dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar os sentimentos de prazer vivenciados por enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar os sentimentos de sofrimento vivenciados por enfermeiros que atuam em Unidade Terapia Intensiva;
- Identificar as estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros quem atuam em Unidade de Terapia Intensiva para enfrentar os sentimentos de sofrimento no trabalho.

4 PRESSUPOSTO

Os profissionais enfermeiros de UTI, por realizarem um trabalho fragmentado e desvalorizado socialmente, vivenciam um desgaste psíquico intenso ao se depararem constantemente com a morte e o sofrimento alheio. Para lutarem contra o sofrimento advindo da tarefa primária – o cuidar –, desenvolvem estratégias defensivas individuais e/ou coletivas visando preservar seu equilíbrio psíquico, emocional e físico.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando que o ser humano é o objeto principal de investigação deste estudo, buscou-se uma metodologia que permitisse considerar os aspectos subjetivos presentes na sua relação com o mundo do trabalho. Assim sendo, optamos por realizar este estudo segundo as perspectivas da pesquisa qualitativa, visando compreender as questões da subjetividade observadas nas falas dos indivíduos.

Este método fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais pois está apoiado no pressuposto da maior relevância dos aspectos subjetivos das ações social e individual (MARTINS; BICUDO, 2006).

Pesquisar qualitativamente é buscar compreender as múltiplas relações e determinações de um fenômeno; é focalizar o específico, o peculiar, o individual, sempre visando à compreensão dos fenômenos estudados e não apenas à verificação de hipóteses (MARTINS; BICUDO, 2006).

A pesquisa qualitativa tem características básicas enquanto tipo de estudo, dentre elas: ter o ambiente natural como sua fonte de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; os dados coletados na grande maioria serem descritivos, incluindo transcrição de entrevistas e depoimentos; preocupação maior voltada para o processo. O significado que os indivíduos dão às coisas e à sua vida deve ser o objetivo maior do pesquisador. Há sempre tentativa de perceber como os informantes encaram as questões focalizadas e a análise dos dados segue um processo indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 1992).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva I e II do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, localizado na cidade de Londrina, Paraná.

Este hospital é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, vinculado administrativamente à Reitoria da Universidade e

academicamente ao Centro de Ciências da Saúde, tendo sido implantado como Hospital Escola em 24/03/1970, mediante assinatura de convênio entre o Pronto Socorro Municipal e a Universidade Estadual de Londrina e foi ativado como Hospital Universitário em 1º de agosto de 1971. Seu objetivo é desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade, através da prestação de assistência à saúde da população em caráter universal. Abrange todas as especialidades médicas (UEL, 2007).

É o único hospital público de grande porte no Norte do Paraná, constituindo-se em um Centro de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua capacidade de internação constitui-se em 333 leitos, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, totalmente à disposição do SUS, representando, em Londrina, 24% dos leitos hospitalares, 35% da capacidade de atendimento em Unidade de Terapia Intensiva e 32% do total de internações.

Como esta investigação foi desenvolvida em Unidades de Terapia Intensiva, a seguir, contextualizamos este cenário.

A Unidade de Terapia Intensiva do HURNP é dividida em duas. A UTI-I, com dez leitos, tem como característica principal o internamento de pacientes que não apresentam qualquer indício de infecção; já a UTI-II, com sete leitos, apresenta como finalidade primordial a internação de pacientes com sinais de infecção. No total, a UTI conta com dezessete leitos.

O objetivo dessas duas Unidades é prestar assistência integral e sistematizada aos pacientes em estado grave, que necessitam de cuidados intensivos.

A equipe de enfermagem é composta por 52 auxiliares de enfermagem (que já possuem o curso técnico e estão aguardando progressão para a categoria por concurso) e dez enfermeiros. Em cada turno, a UTI I tem o mínimo de cinco funcionários / auxiliares e dois enfermeiros e a UTI II conta com quatro funcionários / auxiliares e um enfermeiro. Cada auxiliar de enfermagem é responsável pelas atividades integrais de dois pacientes. Aos enfermeiros, competem as funções de gerenciar a assistência ao paciente e as atividades dos funcionários, realizar educação em serviço e administrar e prestar cuidados aos pacientes, bem como fornecer informações aos familiares.

No trabalho, acontece rodízio dos auxiliares nos diferentes turnos, ou seja, em um dado momento podem estar no período vespertino, em outro, no

matutino e, em um terceiro momento, no turno noturno. A carga horária desses auxiliares é de 36 horas semanais, incluindo plantões de 8 ou de 12 horas.

Os pacientes são admitidos nas UTIs conforme a disponibilidade de leitos das diferentes especialidades.

O processo de admissão do paciente em uma das duas unidades que compõem a UTI desse Hospital Universitário é de total responsabilidade do médico plantonista.

O procedimento de admissão do paciente é normatizado: a pessoa chega ao HURNP e, se não houver leito disponível para sua especialidade na UTI, fica internado em outra unidade, permanecendo na espera por vaga na mesma. Neste caso, também é feito comunicado à Central de Leitos de UTI do município para verificação de vagas em outros hospitais. Mesmo quando a lista é longa, caso ainda chegue um paciente com urgência de internação cirúrgica de grande porte, ele é considerado prioridade frente aos outros, que já estava no aguardo de um leito.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para desenvolvimento deste estudo, foi atendido o que consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998a).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário (Anexo 2), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foi também solicitado à Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário autorização para o desenvolvimento da pesquisa, o que foi concedido (Anexo 3).

Aos participantes do estudo, solicitou-se assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato e à liberdade em interromper a participação na pesquisa, no momento que quiserem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais.

Foram ainda esclarecidos, aos participantes, os objetivos do estudo, e, também, que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de trabalho científico. Os participantes tomaram ciência que as entrevistas seriam gravadas. As fitas, transcritas na íntegra, serão arquivadas por 5 anos, conforme recomendação

da Resolução nº. 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1988a).

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros dos turnos matutino, vespertino e noturno que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva I e II do referido hospital, mediante prévia autorização da Chefe de Divisão de Terapia Intensiva Adulto (Anexo 1).

Para inclusão dos sujeitos neste estudo, os critérios estabelecidos foram: enfermeiros pertencentes ao quadro ativo de funcionários há pelos menos um ano, que estavam trabalhando no período de coleta dos dados e que consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que se encontravam de férias ou licença, bem como os que não consentiram em participar do estudo.

O número total de trabalhadores a serem entrevistados não foi definido *a priori*, pois, nesta perspectiva de pesquisa, a coleta permanece até o momento em que houver convergências suficientes para configurar o fenômeno investigado. A saturação dos conteúdos emergentes nos discursos permite a garantia de que as informações contêm grande diversificação e abrangência em relação à reconstituição do objeto no material do estudo (MINAYO, 1993).

Nesta pesquisa, a saturação dos dados foi alcançada com oito entrevistas obtidas com enfermeiros que atuavam nos diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, baseada em um roteiro com questões fechadas (sexo, idade, tempo de formado e tempo de atuação em UTI) para caracterização da população e as seguintes questões norteadoras: - Fale-me como é o seu trabalho na UTI; - Que sentimentos você vivencia como enfermeiro da UTI; - Como você lida com esses sentimentos (Apêndice B).

A entrevista é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido de que se trata de um discurso dinâmico em que a espontaneidade e o constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo como emergência do inconsciente e construção do discurso (MINAYO, 1993, p.207).

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se pela flexibilidade que possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado e a exploração em profundidade de todos os aspectos considerados relevantes para o estudo. O seu direcionamento pode ser ampliado, considerando sempre as necessidades do projeto, ou seja, dos objetivos, pressupostos e do objeto da pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

O período de coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2006 a fevereiro de 2007. Em dezembro de 2006, todos os enfermeiros foram contatados individualmente e informados sobre a realização da pesquisa, os seus objetivos, bem como sobre os procedimentos para coletar os dados. Todos referiram que gostariam de colaborar com o estudo.

Neste primeiro contato, agendou-se, data, horário e local para realização das entrevistas, conforme a disposição e disponibilidade dos enfermeiros. O local escolhido por todos os participantes foi uma sala na UTI que é utilizada para estudos e reuniões; é um ambiente tranquilo, calmo e no qual os enfermeiros relataram sentir-se mais a vontade.

As entrevistas foram realizadas com uso do gravador, pela própria pesquisadora, nos períodos matutino, vespertino e noturno, conforme agendados anteriormente.

Nas entrevistas qualitativas, o pesquisador não é uma pessoa distante, nem neutra, mas estabelece um relacionamento com o sujeito da pesquisa. A empatia, o humor, a sensibilidade e a sinceridade são considerados instrumentos importantes para a condução do estudo, ou seja, é também uma interpretação pessoal do pesquisador, relativa à percepção que o mesmo tem dos dados levantados, sendo que toda leitura constitui-se em uma interpretação, e por isso, não há leitura neutra (RUBIN; RUBIN, 2004).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados relativos à caracterização da população em estudo foram descritos em números absolutos e percentuais.

Para a análise dos dados relativos às questões norteadoras realizadas na entrevista, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta e definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitem deduzir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2004, p.42).

Todo material proveniente das comunicações, verbal e não verbal, pode se constituir em matéria-prima da análise do conteúdo. Os dados provenientes de tal matéria chegam ao pesquisador em estado bruto e precisam ser processados de maneira científica, possibilitando a compreensão, interpretação e inferência necessárias à análise de conteúdo (LOPEZ-ARAGUREN, 1986).

Analisar os dados por meio da técnica de análise de conteúdo significa que este procedimento deve estar baseado em uma definição precisa dos objetivos da pesquisa que variam em cada análise e condicionam a diferença de técnicas utilizadas (RICHARDSON, 1989).

Os objetivos de um estudo ajudam a delimitar os dados que realmente são significativos; é a partir deles e do material objeto da análise que se podem selecionar as unidades de registro e estabelecer o conjunto de categorias pertinentes (ROSEMBERG, 1981).

Para efetuar a análise de conteúdo, faz-se necessário classificar, ordenar, quantificar e interpretar as respostas verbais e outras manifestações simbólicas dos indivíduos e de grupos (FRANCO, 1986).

O processo de análise deve iniciar-se pelos dados manifestos e explícitos; no entanto, não se descarta a análise do sentido oculto das mensagens e de suas entrelinhas. Deve-se sempre iniciar a análise a partir do que está escrito, isto é, do que foi verbalizado, que será depois interpretado e contextualizado. Assim sendo, para entender o texto, é fundamental compreender o contexto, uma vez que a mensagem da comunicação é simbólica e, para entender os significados da

mesma, é imprescindível considerar o contexto, haja vista que está explícita em qualquer análise de conteúdo (FRANCO, 1986).

Há necessidade de superar o conteúdo manifesto da mensagem para, através da inferência, atingir uma interpretação mais profunda (BARDIN, 2004).

A inferência ou a dedução pelo raciocínio são apresentadas pela análise categorial, proposta para a análise do conteúdo, em três momentos cronológicos e distintos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2004).

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi utilizada obedecendo às etapas propostas por Bardin (2004), quais sejam:

1 Pré-análise do conteúdo das entrevistas transcritas

Consiste na organização do material. É uma fase flexível, na qual pode ocorrer eliminação de dados e substituição e/ou introdução de outros que possam contribuir para o conhecimento do problema. Nesta etapa, também, acontece a aproximação do investigador com o objeto da análise. É composta pelas seguintes etapas:

- a) **Leitura flutuante** – tem como objetivo propiciar o contato do pesquisador com o material a ser analisado; é o momento em que ele deve deixar-se impregnar pelas impressões e orientações do conteúdo. Esta primeira análise fornece os subsídios para formular os objetivos e as hipóteses (pressupostos) e definir o *corpus* do trabalho. No presente estudo, consiste no momento de aprofundar a leitura dos discursos dos enfermeiros pesquisados.
- b) **Escolha dos documentos** – o pesquisador escolhe aqueles que poderão fornecer as informações sobre o problema em estudo. As escolhas e substituições devem ser seguidas por meio de normas, regras e critérios para não comprometer o rigor científico na pesquisa. Quatro princípios são destacados: **exaustividade** – não deixar de lado qualquer dos documentos que constitui o *corpus*, ou seja, o material selecionado deverá dar abrangência a todos os elementos necessários; **representatividade** – na amostragem, selecionar os documentos que realmente são representativos; esta amostra deve ser um reflexo final dos documentos selecionados; **homogeneidade** – a escolha dos documentos deve estar baseada na mesma técnica e possuir as

mesmas características; **adequação** – os materiais selecionados devem proporcionar as informações adequadas aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2004; RICHARDSON, 1999). Neste estudo, considerou-se a transcrição das entrevistas realizadas com os enfermeiros como documento de análise.

- c) **Formulação de hipóteses e objetivos** – a hipótese (pressuposto) é uma afirmação provisória que pretendemos examinar com os procedimentos de análise. Nada mais é do que presumir, subjetivamente e intuitivamente, algo que leva o pesquisador para uma direção de raciocínio que visa à compreensão dos dados. É uma orientação provisória para este raciocínio, que poderá ou não ser confirmado. Remete aos objetivos e ao que se espera alcançar com os resultados. O estabelecimento de hipóteses não é obrigatório; é possível trabalhar sem idéias pré-concebidas. Neste estudo, partimos do seguinte pressuposto: os profissionais enfermeiros de UTI, por realizarem um processo de trabalho fragmentado e desvalorizado socialmente, vivenciam um desgaste psíquico intenso ao se depararem constantemente com a morte e o sofrimento alheio. Para lutarem contra o sofrimento advindo da tarefa primária – o cuidar –, desenvolvem estratégias individuais e/ou coletivas de defesa, buscando preservar os equilíbrios psíquico, emocional e físico.
- d) **Referenciação dos índices e elaboração dos indicadores** – é o momento de indicar os núcleos de significados que serão buscados nos discursos.

(...) no caso dos textos que são considerados manifestações que contêm índices (elementos que podem ser agrupados em um determinado conjunto). É necessário que a escolha dos mesmos seja efetuada na fase preparatória. Após escolhidos os índices é feita com precisão e segurança a construção dos indicadores, quando também devem ser determinadas as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização (agrupamento de elementos pertencentes a um determinado conjunto ou classe) para análise temática e codificação para registro dos dados (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999, p.30).

O recorte do discurso pode ser feito considerando-se o nível semântico (tema) ou o lingüístico (frase). O indicador é um recurso utilizado para determinar a freqüência com que certas palavras, expressões e temas aparecem no discurso e pode ter um significado ímpar para o pesquisador que utiliza esta ferramenta. Neste estudo, utilizamos o tema como direcionador da identificação dos núcleos de significado.

- e. **Preparação do material** – antes da análise propriamente dita, o material deve ser preparado formalmente. Esta é a última etapa da pré-análise e deve ser realizada com critérios rigorosos, procedendo-se às transcrições das entrevistas de maneira fiel ao que foi verbalizado. Preparar o material é codificá-lo; os dados brutos são transformados e agregados em núcleos que permitem uma descrição exata das características do conteúdo.

Um momento de fundamental importância na pesquisa qualitativa que utiliza a análise de conteúdo é a categorização, operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguida por um reagrupamento, segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. Comporta duas etapas: o inventário (recorte dos elementos) e a classificação, divisão organizada dos elementos da mensagem (ROCHA, 2002).

A categorização "é, em síntese, o ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos, segundo semelhanças" (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999, p. 34).

A organização da codificação pode ser realizada por meio de classificação e agregação, constantes nos dados ordenados de acordo com suas semelhanças. Procede-se então o agrupamento dos núcleos de significado de forma a constituir-se em subcategorias e categorias.

2 Exploração dos materiais

Esta etapa "(...) não é mais do que a administração sistemática das decisões anteriormente tomadas" (BARDIN, 2004, p.101). Nela é realizada a exploração dos materiais que são submetidos a um estudo aprofundado, baseado em princípios, pressupostos e referenciais teóricos. Esta fase é longa, consistindo em operações de codificação e categorização. A codificação e a transformação dos dados abertos podem ser realizadas por recortes, agregação e número em unidades de registros. Esta última, como visto anteriormente, representa as unidades de significação a serem codificadas e que se constituem na base para a subcategorização e categorização.

Categoria é um conceito que abrange elementos ou aspectos que possuem as mesmas características. Representa uma classificação dos elementos constantes nos dados, ordenados de acordo com as semelhanças; impõe então o registro do que cada unidade tem em comum com as outras.

Um conjunto de categorias possui qualidades como exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividades.

3 Tratamento dos resultados

É o último passo da análise de conteúdo. As categorias analíticas são obtidas por meio da convergência das subcategorias temáticas, tendo por base o pressuposto teórico, que serviu de fundamentação para o estudo. É realizada a inferência e a interpretação dos dados, voltando-se à literatura pertinente para subsidiar o processo reflexivo (BARDIN, 2004).

Assim, neste estudo, fundamentado no pressuposto explicitado anteriormente, estabelecemos para o tratamento dos resultados as seguintes pré-categorias: 1) Trabalho na UTI; 2) Prazer no trabalho; 3) Sofrimento no trabalho e 4) Estratégias defensivas.

Inferência é tirar conclusão, é deduzir pelo raciocínio, partindo-se de algum dado subjetivo (FERREIRA, 1999).

A análise de conteúdo é importante, pois se pode ir além dos conteúdos manifestos nos documentos, extrapolando a visão estática. A análise qualitativa é dinâmica e permite desvelar ideologias e tendências vinculadas às informações obtidas (TRIVIÑOS, 1998).

Destacamos que, durante a transcrição das entrevistas, utilizamos códigos para ilustrar aspectos da dinâmica das mesmas. São eles: [...] para significar que um fragmento/parte da fala foi excluído; [] para ilustrar as pausas que ocorreram durante a entrevista.

Para manter o anonimato dos sujeitos, substituímos os nomes das pessoas por E1, E2, E3...

A trajetória metodológica mostra o caminho didático, o procedimento realizado com os dados encontrados. Isso acontece em um processo contínuo e, ao mesmo tempo, de forma articulada e complementar entre si, com a finalidade de compreender, revelando a realidade como ela se apresenta aos olhos do pesquisador, propiciando uma reflexão que tem como base fundamental o referencial teórico.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas duraram entre 40 e 55 minutos e, depois de encerrada, questionava-se a pessoa entrevistada gostaria de ouvir a gravação. Foram transcritas no máximo em 24 horas, tentando ser o mais fiel possível às falas.

Após a coleta de oito entrevistas e suas respectivas transcrições, observou-se o alcance de saturação dos dados, ou seja, a presença de convergências suficientes para a configuração do fenômeno investigado.

A amostra estudada foi composta por oito enfermeiros, sendo seis (75%) do sexo feminino e dois (25%) do masculino.

De acordo com Santos (1973), a profissão de enfermeiro é preferencialmente escolhida e desenvolvida por mulheres. Este fato é ainda referido em pesquisa realizada em dois hospitais de São Paulo, na qual se identificou que 88,6% dos enfermeiros eram do sexo feminino (SANTOS; GUIRARDELLO, 2007). Esta confirmação também foi encontrada em estudo realizado em dois hospitais públicos no Chile, cujos dados demonstraram que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino (SUAZO; ROBAZZI, 2000).

Quanto à faixa etária, constatamos que cinco enfermeiros (62,5%) apresentavam idade entre 40 a 50 anos; dois (25%) entre 28 e 33 anos e um (12,5%) superior a 50 anos. Situação esta que parece ser de ocorrência comum mais em instituições públicas, na qual o trabalhador é contratado por meio de concurso público que lhe confere estabilidade no labor e costuma fazê-lo permanecer no trabalho até cumprir todos os anos exigidos pela legislação para fins de aposentadoria. Tais dados são semelhantes aos encontrados em estudo realizado em dois hospitais estatais públicos no Chile, nos quais 39,57% dos sujeitos pesquisados tinham idade entre 40 a 50 anos (SUAZO; ROBAZZI, 2000).

Ao analisar o tempo transcorrido desde a graduação em enfermagem, encontramos três enfermeiros (37,5%) cuja graduação ocorreu entre 23 a 26 anos atrás, três enfermeiros (37,5%) entre 10 a 17 anos, um enfermeiro (12,5%) com cinco anos e um enfermeiro (12,5%) com 31 anos de graduado.

Com relação ao tempo de trabalho em UTI, três enfermeiros (37,5%) apresentaram entre 13 a 16 anos de atuação, três enfermeiros (37,5%) entre 18 a 21 anos e dois enfermeiros (25%) entre 2 a 6 anos de atuação. Esse resultado está vinculado, na maioria das vezes, com as políticas das instituições de saúde, que

entendem ser complexo o trabalho em UTIs e, assim, procuram manter os enfermeiros lotados nestas unidades, por compreender que, desta forma, estão colaborando para uma melhor qualidade da assistência ao paciente.

Notamos que seis enfermeiros (74%) possuem mais de 10 anos de formação e mais de 13 anos de atuação em UTI. Esses profissionais são também os que apresentam o maior tempo de formação e atuação na enfermagem.

O indivíduo que preenche os requisitos para trabalhar nestas unidades, ou seja, possui capacidade de trabalho, discernimento, responsabilidade e iniciativa, geralmente só apresenta essas condições de real produtividade com, no mínimo, um ano de atividades contínuas (GOMES, 1988; SHIMIZU, 2000).

Os resultados relacionados à pós-graduação (*lato e stricto sensu*) demonstram que a quase totalidade dos sujeitos possui um ou mais cursos de especialização – *lato sensu* – e apenas um enfermeiro (12,5%) possui mestrado – *stricto sensu*. As áreas de especialização *lato sensu* foram as mais diversas como: Ciências Fisiológicas, Administração Hospitalar, Especialização em Unidade de Terapia Intensiva, Assistência de Enfermagem em Feridas, Centro Cirúrgico e Central de Material, Suporte Avançado de Vida, Cuidados com Idosos e Médico-Cirúrgica. Quanto à pós-graduação *strictu sensu*, somente um entrevistado possui este título, sendo ele na área de Educação e Ensino.

Destacamos que, especificamente voltada para a área de UTI, somente um profissional possui título de especialista e um outro com o título de especialista em Suporte Avançado de Vida.

Apesar das capacitações serem em áreas diferentes, julgamos que todas contribuem, direta ou indiretamente, para aumentar a qualidade da assistência ao paciente, visto que, quando trabalhamos com saberes diferentes, há uma troca de experiências que são de importância ímpar.

Quando há troca de experiência por meio da interdisciplinaridade, o objetivo é exatamente o de articular o saber, o conhecimento, o meio ambiente e sua prática; constitui-se num trabalho coletivo e eficaz (GADOTTI, 2000).

É possível transitar pela multiplicidade das áreas de conhecimento, estabelecendo inúmeras trocas de conhecimento, ou seja, há possibilidade de transversalidade do conhecimento (BARBOSA; BRASIL; SOUSA et al., 2003).

Para contemplar as características do atendimento intensivo é necessário dispor de recursos humanos adequadamente preparados, que busquem

a capacitação constantemente e sejam treinados continuamente, envolvendo trabalho de uma equipe de enfermagem constituída por profissionais, humanos, competentes e com disposição para dividir os seus conhecimentos (URIZZI, 2005).

A construção dos resultados deste estudo foi realizada a partir da análise das unidades de registro das entrevistas transcritas, que conduziram a interpretação através de subcategorias temáticas, que, por sua vez, resultaram em quatro categorias analíticas: gerência do trabalho do enfermeiro de UTI; sofrimento no trabalho do enfermeiro de UTI; estratégias defensivas do enfermeiro de UTI e prazer no trabalho do enfermeiro de UTI.

O Quadro 1, apresentado a seguir, ilustra a construção destas quatro categorias analíticas que estruturam o fenômeno estudado: o trabalho do enfermeiro de UTI.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 A GERÊNCIA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	1.1 SER ENFERMEIRO CUIDANDO DO PACIENTE 1.2 SER ENFERMEIRO ADMINISTRANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 1.3 SER ENFERMEIRO ADMINISTRANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE 1.4 SER ENFERMEIRO ADMINISTRANDO OS EQUIPAMENTOS E OS RECURSOS MATERIAIS
2 O SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	2.1 O PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO 2.2 A FAMÍLIA DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO 2.3 O TRABALHO EM EQUIPE 2.4 AS CONSEQUÊNCIAS DAS AÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 2.5 A FALTA DE RECONHECIMENTO 2.6 A BUROCRACIA NO TRABALHO 2.7 A TECNOLOGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 2.8 A NECESSIDADE DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO
3 AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	3.1 BUSCANDO APOIO NA PRÁTICA RELIGIOSA 3.2 PROMOVENDO O INTERRELACIONAMENTO ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE 3.3 REALIZANDO ATIVIDADES FÍSICAS 3.4 AFASTANDO-SE DO PACIENTE E DE SEU FAMILIAR 3.5 FAZENDO USO DO TABACO
4 O PRAZER NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE TERAPIA INTENSIVA	4.1 CUIDANDO DO PACIENTE 4.2 ENVOLVENDO-SE COM A FAMÍLIA 4.3 TRABALHANDO EM EQUIPE 4.4 CONSTATANDO O RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO 4.5 RECEBENDO RECONHECIMENTO PELO TRABALHO REALIZADO 4.6 IDENTIFICANDO-SE COM A PROFISSÃO

Quadro 1 - Demonstrativo das categorias analíticas e subcategorias temáticas identificadas a partir das falas dos enfermeiros de UTI. Londrina, PR, 2007.

6.1 PRIMEIRA CATEGORIA – A GERÊNCIA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Esta categoria mostra as visões dos entrevistados acerca de suas experiências atuais relacionadas ao trabalho desenvolvido em UTI, mais especificamente daqueles que estão diretamente relacionados a gerência.

O trabalho é uma atividade existente em todas as formas de organização social. De forma simplificada, considera-se que os elementos componentes do processo de trabalho são: “a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho, os meios de trabalho” (MARX, 1998, p.202).

A separação dos momentos do processo de trabalho só pode ser realizada no plano abstrato, porque são interdependentes (GONÇALVES, 1994).

O enfermeiro tem papel fundamental na gerência do trabalho, articulando os diversos meios de trabalho da equipe de enfermagem, organizando os diferentes procedimentos aos quais o paciente precisa ser submetido, entre outras (LIMA, 1988).

Em estudo realizado com enfermeiros de Central de Materiais, os resultados mostraram que os mesmos caracterizam o objeto de trabalho ora na equipe, ora no processamento de materiais, ou seja, o foco de atenção do enfermeiro ocorre de acordo com cada momento de seu labor. Porém, o gerenciamento constituiu-se no trabalho principal dos enfermeiros (TAUBE; MEIER, 2007).

O processo gerencial tem como objetivo organizar a assistência para fornecer o processo do cuidar, individual e coletivo. Os meios e os instrumentos de que se utiliza são as instituições de saúde, os saberes administrativos e as ferramentas como o planejamento, a coordenação, o controle e a direção, dentre outros instrumentos mais específicos (FELLI, 2002, p.67).

Ainda para a mesma autora, como produto desse trabalho, surge a assistência, que se organiza segundo uma determinada tecnologia, e na qual existe a otimização, a normatização, a hierarquia, o controle e a autoridade. A divisão do trabalho por categorias de trabalhadores na enfermagem é realizada por tarefas.

O trabalho do enfermeiro é compreendido como tendo duas dimensões interdependentes e complementares, a assistencial e a gerencial, sendo necessário articular ambas as dimensões (CIAMPONE; KURGANT, 2004).

Para Azolin; Peduzzi (2007), o processo do labor do enfermeiro é entendido como a articulação das atividades assistenciais e gerenciais que caracteriza de forma mais abrangente a prática do enfermeiro, buscando não haver cisão entre o cuidar e o gerenciar.

Este estudo não objetivou aprofundar todas as interfaces do processo de trabalho do enfermeiro de UTI, mas sim, compreender qual a visão que o próprio enfermeiro tem do seu trabalho.

Assim, a primeira categoria analítica trata da gerência do trabalho do enfermeiro em UTI e está composta pelas subcategorias temáticas descritas a seguir.

6.1.1 Primeira Subcategoria – Ser enfermeiro cuidando do paciente

Esta subcategoria pode ser identificada por meio das falas a seguir:

[...] a realização de procedimentos, de técnicas, eu faço normalmente as técnicas mais complexas, mas às vezes é preciso fazer curativo, injeção, aspirar, fazer admissão, passar sonda vesical, sonda nasoenteral, exame físico geral do paciente. (E4)

[...] então a gente faz o exame físico, o exame neurológico, daí a gente auxilia muitas vezes em procedimento, desde trocar o paciente, aspirar, fazer troca de cânula de traqueostomia, a gente cuida, está ali o tempo inteiro né? mas normalmente faço os cuidados mais complexos. (E1)

Os depoimentos evidenciam que a tarefa do cuidar do paciente é uma atividade distribuída entre todos os membros da equipe, porém é também uma atribuição do enfermeiro, e demonstram que este realiza o cuidado, entendendo que é sua função cuidar diretamente do paciente.

Há uma flexibilidade no processo de cuidar dos indivíduos exigindo a colaboração entre os elementos da equipe; fica também evidenciado que é uma solução encontrada pelos enfermeiros devido ao ritmo intenso de trabalho existente em UTIs.

A própria natureza do trabalho do enfermeiro necessita atender diferentes demandas de atenção. Essas demandas estão diretamente ligadas à

complexidade do cuidado prestado, do ambiente laboral e das exigências da prestação de cuidados aos pacientes (SANTOS; GUIRARDELLO; 2007).

Quando os enfermeiros não conseguem prestar cuidados, podem se sentir angustiados porque é neste momento que há possibilidade de serem realizadas avaliações mais rigorosas acerca do estado dos pacientes e, por conseqüência, de se efetivarem planos de cuidados bem elaborados (SHIMIZU, 1996). O cuidar, para os enfermeiros, sempre foi e continua sendo valorizado como fundamental na profissão (UUSTAL, 1992).

A profissão de enfermagem é caracterizada como de ajuda, compreendida como cuidar, e o enfermeiro, ao cuidar do indivíduo, deve valorizar a fragilidade física, emocional e o processo saúde – doença (WALDOW, 2001).

Na atualidade, a busca sobre entender o cuidado tem apontado os sentidos de tratar, respeitar e entender o ser humano, em seu sofrimento e em sua fragilidade social (LUZ, 2005).

Enfim, o enfermeiro é um profissional que cuida do outro e que recebeu formação científica voltada para este trabalho. Porém, isso não foi sempre assim, como destacam Almeida; Rocha (1986) ao afirmarem que o objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidado do paciente, mas que este é, na maioria das vezes, realizado por outros membros da equipe de enfermagem.

Novos entendimentos têm fortalecido a importância do enfermeiro como cuidador, em especial em UTI, na qual há uma complexidade no atendimento, sendo alguns cuidados privativos do enfermeiro, inclusive destacados na legislação do exercício profissional.

Estudo sobre atividade, prazer, sofrimento e estratégia defensiva em UTI do Distrito Federal, identificou que o enfermeiro é aquele que assume todas as responsabilidades, desde o que acontece com os pacientes no aspecto patológico, psicológico e administrativo, até a realização de tarefas assistenciais como curativos e injeções. Dentre as suas funções administrativas, ele gerencia, mas precisa priorizar os momentos em que auxilia a equipe em procedimentos que forem necessários (LINHARES, 1994). Consideramos que esse enfermeiro assume essas responsabilidades devido à variabilidade e ao conteúdo da tarefa, favorecendo a autonomia para a tomada de decisão.

A autonomia e a responsabilidade são elementos que geram, no trabalhador, um sentimento de utilidade, propiciando uma redução da carga psíquica do trabalho e, por conseguinte, do prazer (DEJOURS, 1997).

6.1.2 Segunda Subcategoria – Ser enfermeiro administrando a assistência de enfermagem

Fica explícito que o significado de assistência, para os enfermeiros, é o planejamento e a organização das tarefas voltadas para o atendimento do paciente, havendo, também, um destaque para a prescrição de enfermagem, conforme podemos evidenciar nos relatos a seguir.

A assistência de enfermagem para mim nada mais é do que organizar as tarefas do turno que estou e também deixo encaminhado para os outros períodos naquilo que posso. (E1)

[...] no meu turno a assistência eu entendo que começa com o planejamento das tarefas. (E4)

Vemos prescrição por prescrição, se tudo foi realizado. (E6)

As falas demonstram que os enfermeiros têm a concepção de que parte do desenvolvimento de seu trabalho tem como resultado, como produto, a assistência de saúde.

Fica evidenciado que a assistência é só o início das tarefas e que o enfermeiro tem a função de organizar e planejar o trabalho a ser desenvolvido, durante o seu turno e muitas vezes do turno do colega.

A assistência de saúde foi desenvolvida historicamente de várias formas, mas nunca deixou de ser considerada uma atividade especial, realizada por profissionais com conhecimentos especiais na equipe (PIRES, 1999).

Quando realizada no espaço institucional envolve: o diagnóstico ou identificação dos problemas, a decisão sobre o tratamento; a realização dos cuidados ou procedimentos; a avaliação dos resultados e a decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência (PIRES, 1999, p.30).

Analisando as falas, verificamos que o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe que tem graus de formação diferenciada e na qual ocorre a divisão fragmentada do trabalho. Verificou-se, também, que está atribuída ao

enfermeiro a função de conhecedor intelectual e, aos demais membros da equipe, o papel de executores de tarefas delegadas.

Assim, a lógica para a assistência dos sujeitos é a organização do processo de trabalho fragmentado, conforme o modelo administrativo de Taylor.

O problema da saúde mental essencialmente decorre das pressões psíquicas ocasionadas pela separação taylorista entre o trabalho, percebido e executado, pois, retirando dos trabalhadores a concepção do seu labor, há uma separação entre corpo e pensamento, a qual desorganiza o que é o próprio fundamento do recurso humano no plano singular; ou seja, há uma ruptura da confiança necessária para a construção e a estabilização do grupo de trabalho e das vivências do sentimento de pertencer à comunidade. Dessa maneira, são rompidas as bases da cooperação (DEJOURS, 1993b).

A idéia da administração taylorista é desfazer e acabar com a ressonância simbólica, isto é, dificultar, para o trabalhador, a possibilidade de empregar a imaginação, a criatividade e a instituir a fala (DEJOURS, 1993b).

Embora prevaleça o trabalho fragmentado, é função do enfermeiro coordenar, executar e avaliar as tarefas de enfermagem, bem como implementar e utilizar o processo de enfermagem para prescrever os cuidados a serem executados. Enfim, cabe a este profissional participar do planejamento, organização e avaliação do trabalho (HAAG; SCHUK; LOPES, 2001).

Essas falas vão ao encontro do que referem Almeida; Rocha (1997), ao afirmarem que a finalidade imediata do enfermeiro é organizar e controlar o processo de trabalho e a mediata é possibilitar o agir para cuidar e propiciar a cura.

Normalmente, em UTIs, cabe ao enfermeiro analisar o estado do paciente e planejar a assistência, quando existe uma sistematização de assistência implementada. Executando procedimentos mais complexos, supervisionando os cuidados, bem como sendo o responsável por tarefas burocrático-administrativas, o enfermeiro é responsável não só pela coordenação da assistência, mas também por aspectos administrativos (PADILHA, 1994).

Assim sendo, podemos afirmar que administrar a assistência compreende interligar a administração aos fins da enfermagem, ou seja, usar a administração como um instrumento capaz de auxiliar no desenvolvimento da enfermagem e no planejamento das suas tarefas. O enfermeiro deverá usar a

criatividade para tomar as decisões e para adequar os recursos materiais e humanos com a finalidade da execução da assistência planejada com qualidade.

Muito se discute hoje sobre a função assistencial como papel fundamental da existência da profissão (LUNARDI FILHO; LUNARDI, 1996).

Concordamos com tal afirmação e acreditamos que o gerenciamento do cuidado é o grande desafio para os enfermeiros.

6.1.3 Terceira Subcategoria – Ser enfermeiro administrando a equipe de enfermagem e de saúde

Fica identificado, nas falas, que o enfermeiro, no ambiente de UTI, percebe ser o responsável em liderar, tanto a equipe de enfermagem quanto os outros profissionais. Há uma confiança da equipe de saúde com relação à competência do enfermeiro que está clara nos seguintes depoimentos:

Temos que gerenciar ou conduzir a equipe de enfermagem e também na grande maioria os outros membros que estão na UTI como os médicos e fisioterapeutas para que tudo possa correr da melhor maneira possível [...] É só gerenciar a equipe com competência sabendo das suas responsabilidades e de cada membro da equipe que está sobre sua responsabilidade. É claro que não sou responsável pelos outros profissionais, mas eles confiam muito na enfermeira, dificilmente tomam uma conduta sem falar comigo. (E2)

[...] eu percebo aqui dentro de UTI, tudo o que acontece aqui é o enfermeiro, o enfermeiro é o centro ali de tudo, é o líder da equipe de enfermagem sim, se ele não organizar a equipe nada vai funcionar bem, tem que gerenciar tudo mesmo até os outros profissionais. [] todos confiam na gente e esperam da gente. (E5)

[...] nós somos responsáveis pelos funcionários, pela orientação dos funcionários, em dividir as tarefas de cada membro da equipe, manter o equilíbrio na equipe, se desequilibrar, desequilibra toda a equipe. E se não for detalhista, perfeccionista, chato às vezes, [...] daí começa a vir os problemas, os comunicados, os riscos de morte. (E6)

Percebemos então que os enfermeiros assumem a liderança da equipe de enfermagem, sendo esta uma das funções inerentes ao processo de trabalho do enfermeiro, ou seja, a organização e a condução desta equipe. Os outros profissionais de saúde também confiam em sua competência e esperam a sua contribuição para que o trabalho seja desenvolvido com eficiência. Desta forma, é depositada neles a responsabilidade de gerenciar a equipe de saúde.

Ao enfermeiro cabe a supervisão das ações assistenciais dividindo as tarefas com outros trabalhadores de enfermagem, em especial o trabalho manual. Ainda é o enfermeiro que executa o trabalho do tipo intelectual e gerenciador da assistência que é prestada pela equipe (PIRES, 1989).

O trabalho do enfermeiro compõe o labor em saúde e se desenvolve com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde, em particular a equipe de médicos.

As falas dos sujeitos, por um lado, mostram o enfermeiro como sendo fundamental na gerência da equipe de enfermagem e tendo o respeito por outros profissionais, mas, por outro, incute nele uma grande responsabilidade, que o faz perceber-se como o centro da UTI, ou seja, o elo de ligação da equipe de saúde que atua nesta unidade.

A responsabilidade que é assumida pelo enfermeiro de UTI “é intensamente incorporada, o que pode justificar o querer controlar quase tudo e todos, para que não aconteçam falhas, exigindo de si, na grande maioria das vezes, atitudes consideradas sobre-humanas” (PADILHA, 1994, p.180).

Em uma UTI pediátrica, constatou-se que a solidariedade no trabalho só se mantém em tarefas como as de parada cardiorespiratória. No entanto, isso acaba logo após o atendimento do paciente, pois cada trabalhador volta a realizar as tarefas individualmente e a solidariedade e a cumplicidade da equipe não se mantêm. Isto ocorre, possivelmente, porque não estão previstas as negociações e a elaboração conjunta de planejamento de ação junto aos pacientes e quanto a situações que são vividas no dia-a-dia do trabalho (PEDUZZI, 1998).

Outro fator que colabora para que o enfermeiro seja o centro de uma UTI é o fato de que ele se ajusta, com facilidade, ao papel de administrador da força de trabalho, atuando como representante das instituições de saúde, reproduzindo a lógica do capital (ALVES, 1996).

O enfermeiro precisa acreditar em sua capacidade de conduzir a equipe de enfermagem e colaborar com os outros profissionais, tendo atitudes que incluem a reciprocidade, o diálogo, a humildade diante do próprio saber, o desafio constante da responsabilidade e do compromisso com o trabalho e, por consequência, com a equipe (SPIRI; LEITE, 2004).

A autoridade do enfermeiro chefe, enquanto responsável direto pela organização do trabalho no micro espaço de um serviço específico, e a relação entre

o saber administrativo, competência técnica e capacidade para gerenciar os recursos humanos é condição ímpar para garantir sua permanência efetiva no quadro. No entanto, esta autoridade quando se expressa como controle das normas de trabalho, apenas garante a ordem e a disciplina laboral, sem assegurar o ambiente saudável do trabalho.

O trabalho da gerência de enfermagem possui uma posição de liderança frente ao campo da saúde (KIRCHHOF, 2003).

Tanto o líder quanto a liderança não parecem assumir características diferentes, ou seja, não houve mudança substancial na prática dos enfermeiros, agora chamados líderes, visto que o líder tem a mesma função que o gerente, isto é, coordenar e conduzir o trabalho produzido pela equipe de enfermagem na direção específica do controle do processo de trabalho (ROZENDO, 1995).

Nas práticas de gerenciamento, muitas vezes, o grupo é usado por aqueles que detêm poder e autoridade para tomar decisões ou modificá-las, tornando-as mais aceitáveis (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Enfim, podemos concluir, pelo que foi anteriormente exposto, que o enfermeiro é o profissional da equipe de enfermagem e de saúde encarregado de prover os meios necessários para que o trabalho seja desenvolvido com eficiência e espírito de equipe, de modo que a assistência aos pacientes e familiares seja a melhor possível, mesmo existindo obstáculos a serem superados.

No trabalho o enfermeiro tem por finalidade organizar o serviço de maneira a atender o usuário, os trabalhadores de saúde e à instituição assistencial. É uma realidade para o enfermeiro mediar o trabalho na enfermagem e na saúde (KIRCHHOF, 2003, p.672).

O ser humano não consegue trabalhar sozinho, o trabalho coletivo é um requisito vital para a obtenção de resultados, pois um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades coletivas que elas separadamente não manifestam. O labor em equipe é um instrumento básico para o enfermeiro (BERSUSA; RICCIO, 2000).

Para Dejours (2000) trabalhar em equipe é fundamental, pois é por meio das trocas de experiências, ajuda mútua e solidariedade que se fortalece as

responsabilidades, propiciando o inter-relacionamento e a solução de problemas advindos do trabalho.

6.1.4 Quarta Subcategoria – Ser enfermeiro administrando os equipamentos e os recursos materiais

Os sujeitos entrevistados mostram, em seus depoimentos, que o enfermeiro deve estar atento aos materiais e equipamentos, conforme enfatizam a seguir:

Verifico o carrinho de emergência se está tudo em ordem. (E3)

Cuido muito dos equipamentos, pois precisamos deles. Vejo se tem algum que está emprestado e para quem, se ainda estão precisando ou não, caso não eu providencio que alguém busque. (E4)

Quando assumo meu turno, eu sempre observo se os materiais estão em ordem, se houver necessidade encaminho para a manutenção, ou peço para buscar os que estão lá na manutenção. Também presto atenção no estoque de materiais de consumo como medicamentos mais utilizados, sondas, drenos e o que precisar. (E7)

Em seu trabalho, o enfermeiro é também responsável administrativamente pelos recursos físicos e materiais, que são essenciais no processo de gerenciamento do trabalho de enfermagem (WILLIG; LENARDT, 2002).

Assim sendo, os depoimentos anteriores mostram que os enfermeiros estão preocupados com os materiais e equipamentos. Porém, eles podem delegar essa função para outros membros da equipe de enfermagem e somente supervisionar estas tarefas.

Desta forma, ao gerenciar os materiais e equipamentos, eles podem valorizar e promover a cooperação da equipe para esta tarefa, compartilhando o poder decisório, diminuindo as tarefas burocráticas, assumindo o seu papel administrativo/gerencial, no processo de cuidar, com autonomia, liderança e criatividade, contribuindo desta maneira com a integração efetiva entre a equipe de enfermagem e a melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente (WILLIG; LENARDT, 2002).

O enfermeiro está sempre preocupado em oferecer as condições necessárias para a realização do trabalho como um todo, providenciando e mantendo os instrumentos em condições de uso, para uma assistência com

qualidade, e para que outros profissionais executem os seus trabalhos (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Ele despende certo tempo na execução de testar, instalar e/ou providenciar reparos e manutenção de equipamentos e aparelhos, que são tarefas que podem ser delegadas ao pessoal auxiliar, seguindo suas percepções (COSTA; SHIMIZU, 2005).

Ao enfermeiro compete administrar os equipamentos, mas concordamos com as autoras anteriormente citadas que se pode solicitar à outro membro da equipe que esteja apto para os procedimentos relacionados a esta tarefa, pois isto poderá repercutir na prática gerencial do enfermeiro, que deve ter como centro o trabalho em equipe e o foco no paciente, supervisionando e avaliando as tarefas, buscando assim a melhoria da qualidade da assistência ao paciente.

Uma das funções essenciais do enfermeiro é o gerenciamento da equipe de enfermagem e, por conseqüência, da assistência ao paciente. Assim, poderá exercer a supervisão e a avaliação das tarefas desempenhadas pela equipe, delegando tarefas como a de manutenção de equipamentos sob sua supervisão, pois, desta forma, terá mais tempo para buscar melhorias na qualidade da assistência ao paciente, que é o seu principal objetivo (FERNANDES, 2000; TREVISAN; MENDES; CURY et al., 1999).

6.2 SEGUNDA CATEGORIA – O SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Surgem, nas falas, os sentimentos vivenciados por esse profissional que perpassam por significados diferentes, pois cada um é um ser com sua visão de mundo, construído a partir de sua história pessoal, familiar, social e do trabalho.

Apoiamo-nos principalmente no referencial dejouriano para discutir o sofrimento no trabalho. Para Dejours (1994a), não é possível quantificar o sofrimento no trabalho, ele é, antes de tudo, qualitativo. No labor, ele é a repercussão da dor, da pressão que compõe a organização do mesmo. Quando não há mais possibilidade de arranjo do processo de organização laboral pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é impedida. Surge então o domínio do sofrimento.

Autores como Fachini (1994), Grego; Oliveira; Gomes (1996), Wisner (1994) e Correa (2003) também têm a concepção de que o sofrimento (a carga psíquica) é produzido ou suscetibilizado na organização do trabalho. A carga psíquica está relacionada com as demais cargas, porém deriva de situações estressantes no trabalho, levando os trabalhadores ao sofrimento.

Os resultados obtidos com os pesquisados são elencados em nove subcategorias, apresentadas a seguir.

6.2.1 Primeira Subcategoria – O paciente em estado crítico

Agrupa os discursos dos sujeitos que falam sobre suas vivências de sofrimento por cuidarem de pessoas frágeis, para as quais a perspectiva da morte como finitude é algo inevitável, como aparece nas falas a seguir:

Pra mim, o que causa bastante sofrimento é quando você sabe que o paciente é jovem e seu estado é crítico [...] e também o paciente que entra conversando com a gente de repente ele vai piorando e morre. Isso também gera uma angústia. (E3)

[...] A morte de pacientes mais novos, jovens adolescentes é muito complicado de aceitar. O enfermeiro canaliza todas as ansiedades do paciente. Gera estresse e muito sofrimento. (E6)

Podemos observar, pelas entrevistas, que a morte de pessoas jovens não é vista como um processo natural, mas sim que há uma expectativa de que nascemos, crescemos, vivemos – por um determinado tempo que se estende além da juventude – e depois morremos. A morte é mais bem aceita quando se tem o sentimento de que a pessoa já cumpriu as etapas de sua vida.

O enfermeiro também sofre quando é admitido um paciente que “aparentemente” está bem e vai piorando a cada dia.

Os sentimentos dos enfermeiros que atuam em UTI são angustiantes e estressantes pois eles realizam cuidados complexos e repetitivos que estão diretamente envolvidos com a finitude dos indivíduos. Quando esta ocorre, surgem frustrações e sentimentos de impotência nos profissionais e, por consequência, sofrimento (SPÍNDOLA, 1997).

O fato do enfermeiro lidar com o sofrimento e a dor, além de presenciar a morte, leva os profissionais a um crescente estresse decorrente do trabalho (LIMA; CARVALHO, 2000).

A especificidade de cuidar de pacientes em estado crítico, cujos quadros clínicos são constantemente suscetíveis de instabilidade, é fator desencadeante de desgaste, de estresse e, por consequência, do sofrimento do enfermeiro (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Quanto à morte de pessoas mais jovens, foram realizados estudos com a finalidade de compreender as vivências das enfermeiras em UTI e os resultados encontrados mostraram que, para as enfermeiras, a morte de pacientes jovens e crianças fogem do controle emocional de toda a equipe, ou seja, todos sofrem (FIGUEIREDO; STEIN, 2004).

Trabalhadores de enfermagem sentem mais dificuldades para cuidarem dos pacientes jovens e isto está relacionado à não-aceitação, pela sociedade, de uma doença grave em jovens em plena idade produtiva (SHIMIZU, 2000).

A morte é mais chocante quando ocorre de modo repentino e, especialmente, quando o prognóstico era considerado bom. A morte de pacientes jovens é muito mais traumatizante, para a equipe de enfermagem e de saúde (LUNARDI FILHO, 1995).

Os enfermeiros de UTI estão freqüentemente vivenciando esta realidade, pela natureza de seu trabalho, atuando junto às perdas decorrentes da morte e do morrer.

Para Spíndola; Macedo (1994), a morte é percebida pelos enfermeiros como um inimigo que contraria seus objetivos de salvar vidas. Porém há que se enfrentá-la com estratégias que diminuam o sofrimento desses enfermeiros.

Quanto mais se discutir sobre a morte, mais adequado será o enfrentamento (KÜBLER-ROSS, 2001).

Concordamos com a autora e julgamos ser imprescindível que os enfermeiros tenham assistência de um profissional apto a trabalhar, individualmente e coletivamente, suas necessidades, angústias e ansiedades, ou seja, o sofrimento advindo da morte de pacientes jovens.

Dentro desta mesma subcategoria, os sujeitos do estudo enfatizam que, ao sair do ambiente de trabalho, levam para casa os problemas que foram enfrentados no ambiente da UTI, conforme ilustram as falas a seguir:

[...] às vezes eu tenho esse probleminha, é de não conseguir desligar, então é assim passo no plantão que um paciente está muito grave, no meio do plantão do outro colega eu ligo “como é que está o paciente tal”, preciso receber uma informação de como é que ele está eu levo isso para casa [...] não deveria, mas levo. (E3)

[...] quando eu vou à missa rezo por todos os pacientes. (E1)

Nos depoimentos, é visível que, na prática cotidiana do cuidado aos doentes na UTI, os enfermeiros criam vínculos fortes com estes pacientes e que esses vínculos causam vivência de sofrimento aos profissionais enfermeiros.

O vínculo constitui-se uma estrutura dinâmica que está em um processo de contínuo movimento, que funciona estimulada por motivações psicológicas e resulta em uma conduta que tende a se repetir, tanto na relação interna como na externa com o objeto (PICHON-RIVIÈRE, 1995).

Neste estudo, buscamos analisar as relações estabelecidas entre os profissionais enfermeiros com o seu objeto de trabalho, que é o cuidar.

As representações que estão subentendidas na enfermagem, ou seja, o aspecto religioso humanitário, fazem com que “aflore” a necessidade de dedicação, consideração e abnegação que são fatores que contribuem para dar estímulo e se criarem vínculos com os pacientes. Desse modo, possivelmente, o sofrimento e a fragilidade dos pacientes originam sentimentos de compaixão em quem presencia o processo (BORSOI, 1992).

O vínculo pode ser ambíguo e ser compreendido como aquele em que não há diferenciação entre o eu e o outro, em que os conteúdos internos são projetados, quase que em sua totalidade, em um outro depositário, de modo que a presença desse outro passa a ser a sobrevivência psicológica do eu, e, como conclusão, há uma mistura entre o que é fantasia do sujeito e o que é realidade do outro (GUIRADO, 1986).

Na fala de E3, fica claro que não se deveria levar para casa o que se passa na UTI, porém, apesar de ter clareza da necessidade de se “desligar”, de diminuir o envolvimento demasiado e evitar identificações de sofrimento – o que é

ensinado nos cursos de enfermagem –, no dia-a-dia do cuidado com o paciente, isto muitas vezes não acontece.

Trabalhadores de enfermagem, em especial os mais jovens, não estão preparados para enfrentar o sofrimento dos pacientes. Assim sendo, podem apresentar reações psicológicas do tipo que não se constitui como forma de defesas específicas diante do sofrimento e da dor dos pacientes (BORSOI, 1992).

Enfim, fica evidente que as características críticas dos pacientes de UTI contribuem para a condição de estabelecer os vínculos, ou seja, a gravidade do estado dos pacientes, de seu quadro clínico, impõe uma forma de organização do trabalho, na qual os enfermeiros necessitam prover as necessidades dos pacientes. Por fim, os sujeitos revelaram que o vínculo estabelecido com os pacientes é tão intenso que, em algumas situações, os sentimentos se misturam exageradamente entre eles causando sofrimento aos enfermeiros que não conseguem se desligar dos momentos vividos dentro da UTI.

No cotidiano dos trabalhadores de enfermagem de UTIs, o confronto com o sofrimento e a dor do paciente acontece constantemente. Tal situação não é fácil e, muitas vezes, eles procuram se colocar no lugar do doente e sofrem com essa situação (SHIMIZU, 2000).

Ainda nessa linha de pensamento, pensamento “o convívio com a dor, o sofrimento e a morte são indicadores de causas de sofrimento vivenciadas pelo enfermeiro. Este contexto torna p profissional mais amargo, pois ele incorpora estas sensações na vida fora do trabalho” (PEDROSA, 1999, p.104).

6.2.2 Segunda Subcategoria – A família do paciente em estado crítico

As falas revelam que há um sofrimento dos enfermeiros no que tange aos familiares, por perceberem que eles estão sofrendo pelo ente querido, como é demonstrado a seguir.

Saber o que aquela pessoa significa pra família quanto mais você se envolver na história do paciente mais afeta o seu emocional, e quanto mais você se envolver na história do paciente mais você sofre. (E2)

Sofrimento eu acho assim a família sofre muito, a gente sofre junto com a família você sente porque está lá perto deles [...]. (E3)

O enfermeiro, junto de sua equipe, “cuida” do paciente nas 24 horas do dia. Portanto, convive muito tempo com os familiares de pacientes que estão internados nas UTIs na qual foi realizado o estudo. Ocorre então uma aproximação entre os mesmos, há um envolvimento “para além” do cuidado prestado ao paciente que ali se encontra, transcendente ao mesmo.

É fato que o enfermeiro deve “cuidar” da família também, mas isto não deveria extrapolar para o sofrimento, pois torna-se uma carga psíquica muito grande. É preciso, então, buscar meios para aliviar este sofrimento. Os enfermeiros são os atores principais para que isto aconteça, buscando novas formas no seu trabalho a fim de transformar suas vidas no ambiente laboral.

O relacionamento com os familiares de pacientes pode fazer emergir sentimentos e situações que os profissionais enfermeiros preferem não experimentar ou fazer, pois, quanto mais se envolverem, mais consciência terão da situação dos familiares (OLIVEIRA, 1991).

Famíliares e pacientes expressam seus sentimentos com relação ao hospital, particularmente e mais diretamente, aos enfermeiros e, freqüentemente, levam-nos a vivências de angústia. Assim sendo, pode haver o distanciamento e a negação de sentimentos, que devem ser controlados, o envolvimento refreado e as identificações perturbadoras evitadas (PITTA, 2003).

A partir do exposto, fica evidenciada a importância ímpar de criar momentos de discussão em grupo com os enfermeiros da Unidade para que possam falar sobre os sentimentos de sofrimento provocados pelo binômio trabalho e família dos pacientes em estado crítico.

Nosso pensamento é corroborado pela afirmação “ser um bom profissional não quer dizer alguém ser desprovido de sentimento, medo, angústia e dificuldade, é ser capaz de assumir as dificuldades e ir em busca de soluções” (MARTINS, 2000, p.92).

A empatia do enfermeiro com os familiares, ou seja, a capacidade de colocar-se no lugar do outro, sentindo a dor e o sofrimento em uma relação autêntica, foi desvelada nas duas falas anteriores. Assim, julgamos pertinente discutirmos sobre a empatia em si.

Empatia “(...) significa sentir aquilo que ele sente, sem que, necessariamente, estejamos vivendo o que ele está vivendo” (BOEMER, 1984, p.27).

Quando o sofrimento emerge do sofrimento alheio, merece considerações e, assim, pode despertar em nós o sofrimento. Lidar com esta situação não significa tão somente buscar uma postura defensiva, distante. É necessário que se compreenda que seres humanos têm emoções e sentimentos, como por exemplo: paixão, prazer, angústia, sofrimento e tristeza. Favorecer a expressão de nossos sentimentos pode significar uma forma de evitar a banalização do sofrimento alheio e o início da interação com outras pessoas em sofrimento (MARTINS; FARIAS, 2002).

Ao se ignorar o sofrimento alheio, sendo indiferente a este, assume-se uma postura de intolerância e indisponibilidade; tornamo-nos indiferentes ao sofrimento dos outros e corremos o risco de banalizar nosso próprio sofrimento (DEJOURS, 1999).

Quando as enfermeiras identificam-se com os parentes, sentindo como eles sentem, ou tem pena, dó, dos pacientes que são cuidados por elas, sentem-se incapazes por não conseguirem ajudar, por sua própria limitação pessoal, ou porque há situações em que não há mais nada para ser feito (MELO, 2000).

Em síntese, os enfermeiros demonstraram que há um sofrimento, pois se envolvem demasiadamente com o sofrimento dos familiares e vivenciam tal fato, como se fossem eles próprios os diretamente atingidos por aquela dor.

Parece impossível privar-se de sentimentos da experiência afetiva com pacientes e familiares; de uma forma ou de outra, ela sempre está presente e sendo expressa ou não no cotidiano dos enfermeiros.

6.2.3 Terceira Subcategoria – O trabalho em equipe

O trabalho em equipe é de suma importância para o atendimento ao paciente, sendo que a característica principal da mesma é a de que todos os membros tenham objetivos e metas em comum. Para que a organização de uma equipe tenha sucesso, todos devem se apoiar mutuamente, colaborar por livre espontaneidade e ter a liberdade de se comunicar livremente e com transparência.

Constatamos, nas falas a seguir, que há sentimentos de sofrimento no trabalho em equipe:

Em relação à equipe, o que me causa sofrimento é que a gente às vezes não vê tanta responsabilidade do funcionário com aquele paciente, isso me causa muito sofrimento, porque eu gosto das coisas bem certinhas. E outra coisa também causa sofrimento, é assim [] quando a gente precisa muito do médico, você chama, você tá falando que tá piorando é preciso que o senhor avalie junto comigo, ele não vem, quer terminar aquilo que estava fazendo e isso às vezes me estressa. (E3)

[...] é claro que me gera um pouquinho de sofrimento, de ansiedade, quando existe uma falta de responsabilidade em relação a alguém da equipe. A equipe nota isso, e além de notar essa pessoa que influencia negativamente o resto da equipe, isso vai gerando uma situação ruim. (E7)

O trabalho na UTI exige um esforço coletivo do tipo cooperativo, pois a gravidade e a complexidade do estado dos pacientes impõem a necessidade de manusear equipamentos de alta sofisticação, avaliações clínicas constantes com procedimentos complexos e tomada de decisões imediatas (SHIMIZU, 2000).

Ainda a mesma autora destaca que faz parte da cultura organizacional das UTIs o trabalho em equipe, que deve ser estruturada para que todos prestem uma assistência ao paciente em estado crítico com eficiência e eficácia.

O que encontramos nas falas é que o enfermeiro depara-se com a falta de responsabilidade de algum funcionário e até mesmo do médico e que isto gera sentimentos de sofrimento.

Em pesquisa realizada com enfermeiros de Centros de Terapia Intensiva, os resultados foram similares ao nosso estudo. Esses profissionais expressaram que as atitudes conflitantes geram estresse e que, apesar de terem como objeto de trabalho o cuidar de pacientes em estado crítico, cada indivíduo tem formação, cultura e características singulares, sendo que a convivência no ambiente de trabalho, em algumas situações, pode tornar-se sofrida quando os interesses são confrontados (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Outro estudo sobre as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional em UTI encontrou dados semelhantes aos nossos, no qual os participantes expressaram a dificuldade em trabalhar em equipe, sendo que os relatos revelaram que um dos principais fatores causadores de estresse para a equipe multiprofissional é a própria equipe. Esse fato foi decorrente da falta de compromisso de alguns membros da equipe (LEITE; VILA, 2005).

Trabalhar em equipe traz resultados vantajosos tanto para os seus membros como para a organização na qual trabalham. Quando existe colaboração,

a equipe deseja realizar conjuntamente as tarefas, seus membros dão apoio uns aos outros porque se identificam como equipe. Quando há colaboração de todos, a competição é reduzida e o interesse de ir além da colaboração é despontado (QUICK, 1995).

“Lidar com a competição com outros colegas é que impulsiona a busca de sua condição mais própria, o alcance da cooperação e da solidariedade” (GARANHANI, 2004, p.180).

Quando se trabalha em equipe, para se obter êxito, as decisões devem ser tomadas por consenso e, assim sendo, os trabalhadores sentem-se compromissados e pode surgir um forte compromisso para com a equipe. Além disso, quando se trabalha em colaboração, está se assegurando que cada um faça um esforço para ser produtivo na equipe, assegurando uma assistência com qualidade ao paciente (QUICK, 1995).

Ao se trabalhar coletivamente, pode-se despertar a identidade grupal, compreendida como aquela proporcionada por um trabalho com objetivos comuns, na qual ocorrem interação e comportamentos que são institucionalizados na equipe. Desta maneira, há maior possibilidade de integração e interação dos indivíduos ou das pessoas (BLEGER, 1989).

O modelo de processo gerencial da enfermagem, relacionado à equipe de enfermagem e, por conseqüência, de saúde, ainda está baseado no quadro teórico proposto pela Teoria Geral da Administração, dificultando que se obtenha maior satisfação com a convivência em equipe, pois não há espaços para se falar daquilo que é novo, pois isto causaria ansiedades e medos, por ser considerado como desvio dos objetivos (CIAMPONE, 1998).

Inferimos que esse processo de gerenciamento, o modelo da Teoria Geral Científica, é o mais adotado na enfermagem e pode levar o enfermeiro a ter a concepção de que todos os trabalhadores precisam apresentar características homogêneas para que a equipe seja considerada ideal. Não somos contrários ao fato de que, para uma equipe atingir suas metas, é necessário a colaboração de todos, no entanto, isto não significa dizer que somos todos iguais ou que precisamos ser todos iguais. Para diminuir o sofrimento advindo da falta de responsabilidade por parte de algum membro, há que se permitir uma flexibilidade nos processos de trabalho, destacando a competência e a importância de cada um na equipe,

proporcionando um bom relacionamento interpessoal e maior suscetibilidade para que todos percebam as necessidades da equipe no cotidiano do trabalho.

Assim sendo, é de fundamental importância que o enfermeiro propicie, para sua equipe de saúde, em especial a de enfermagem, que as pessoas se conheçam melhor, e, com isso, que cada trabalhador possa se sentir com mais liberdade para expor as questões vividas cotidianamente no trabalho, fortalecendo o trabalho em equipe e, por consequência, diminuindo os sentimentos de sofrimento do enfermeiro, bem como dos de outros membros da equipe.

O sofrimento dos trabalhadores pode estar vinculado a aspectos como condições de trabalho e organização deste trabalho, que envolve as questões de responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes em estado grave que estabelecem limites/possibilidades e o relacionamento entre as pessoas (DEJOURS, 1992).

Há a concepção de que “a enfermagem, ao pensar nos seus trabalhadores, deve fazê-lo não de forma abstrata, mas na concretude do seu cotidiano, ao viver o emaranhado das relações necessárias para o desdobramento das suas existências, tanto no plano pessoal quanto profissional” (GONZALES; BECK, 2002, p.170).

De acordo com Martins; Faria (2002, p.202)

Um ambiente de trabalho sem sofrimento, harmonioso, pode ser construído com a interação das pessoas que compõem um grupo de trabalho. O processo de trabalho da enfermagem na UTI envolve perdas e frustrações, mas se o espírito do trabalho em equipe for preservado este ambiente pode ser um local com equilíbrio energético para todos.

Desta maneira, o trabalho em equipe pode deixar de constituir fonte de sofrimento quando os seus membros utilizarem a criatividade e a potencialidade de cada um, manifestar seu sentimento oculto e perceber a importância social deste trabalho em equipe, na qual todos devem ser respeitados.

Ainda destacamos que o trabalho em equipe tem, na sua composição, diferentes formações e diferentes níveis culturais. Isto demonstra a variedade de pensamentos, atos e opiniões que constituem essa equipe.

Assim, todas as tarefas que desempenhamos estarão sempre influenciadas por nossos valores, pelas condições sociais em que vivemos, pela

nossa personalidade, pela nossa visão e compreensão de mundo (MARTINS; FARIA, 2002).

A nosso ver, as dificuldades encontradas no trabalho em equipe devem ser discutidas e compartilhadas, para uma melhor integração e, assim, propiciar a diminuição do sofrimento de seus membros.

Um outro problema relacionado ao trabalho em equipe é o rodízio de funcionários que acontece na UTI em que foi realizado o estudo, como evidenciam as falas a seguir:

Eu acho que o rodízio, tem um ponto de vista muito ruim, porque às vezes ele não quer estar naquele horário, então ele não trabalha com toda aquela vontade, você sabe que ele poderia estar dando mais. (E3)

E quando a gente tem rodízio de funcionário é uma situação difícil. (E5)

Ter que fazer rodízio, isso cansa a gente, porque temos que orientar o funcionário, esse funcionário vai ter que descer pro dia, vai vir equipes pra noite, é um choque de você receber um outro funcionário aqui dentro, a rotina é outra, a rotina de dia é uma, a rotina a noite é outra. (E7)

O rodízio de trabalhadores (técnicos e auxiliares), que acontece no de trabalho implementado nas UTIs em questão, foi uma forma de atender à solicitação dos próprios funcionários, uma vez que trabalhar no período noturno significa um adicional em seus salários. Porém, esta prática já está em discussão devido aos problemas.

Em estudo realizado por Shimizu (1996) que investigou prazer e sofrimento vivenciados por enfermeiros em UTIs, os resultados mostraram que o rodízio é tido como insatisfatório, uma vez que os membros da equipe têm apenas um relacionamento cordial, não havendo cooperação entre os mesmos e isso deveria acontecer espontaneamente. Uma melhor qualidade de relacionamento na equipe de enfermagem só é possível de ser alcançada se houver uma proximidade real, ou seja, trabalhando junto.

Nessa mesma corrente de pensamento, Pichon-Rivièri (1995) considera-se que, para se ter um grupo, as pessoas precisam estar ligadas entre si por uma constante de tempo e de espaço e articular sua mútua representação interna, que propõe claramente e indiretamente uma tarefa, que compõe a sua finalidade.

Para que se tenha um grupo de trabalho, primeiramente é necessária a identificação com os processos grupais; no entanto, algumas pessoas podem manter uma determinada distância, sem incluir-se totalmente no grupo. Pode ocorrer um segundo momento, que é tido como aquele em que o indivíduo estabelece uma maior interação entre os membros do grupo (PICHON-RIVIÈRE, 1995).

Em nossa pesquisa, verificamos que os enfermeiros têm dificuldades com os rodízios de funcionários, mesmo que seja somente através da mudança de turno, o que fica evidenciado quando verbalizam que sentem que o trabalhador está ali compondo a equipe, porém não gostaria de estar e, então, não ocorre uma cooperação e uma integração efetiva e o enfermeiro sabe que as relações no processo de trabalho são fundamentais para a qualidade na assistência ao paciente. A rotatividade destes funcionários muitas vezes tem dificultado o trabalho da equipe.

O rodízio foi uma estratégia adotada nessas UTIs, como exposto anteriormente, para privilegiar os funcionários com o adicional noturno; no entanto, nos depoimentos, há uma insatisfação que até março de 2008 ainda não foi solucionada. Dejours; Abdoucheli (1994b) explicam que os sujeitos, quando não conseguem agir sobre o trabalho e contribuir para modificar as relações sociais existentes, sentem-se restritos diante dos fatos, podendo instaurar-se o sofrimento.

Enfermeiros do Instituto Central do Hospital das Clínicas de Medicina de São Paulo identificaram conseqüências negativas – impossibilidade de manter a equipe integrada e queda na produção – quando houve rotatividade de trabalhadores (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005).

A alta rotatividade é desgastante tanto para os trabalhadores como para os chefes, porém estes dados, quando vistos isoladamente, são reduzidos em seu grau de importância e não propiciam sinalizações do sofrimento no trabalho (ABRAHÃO; TORRES, 2004).

Assim sendo, aprender e compreender as relações de trabalho exigem mais do que a simples observação, mas, sobretudo, demandam uma escuta voltada para quem desenvolve/executa o trabalho; isto está relacionado diretamente com as relações subjetivas menos evidentes que necessitam ser desvendadas (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Há que se descobrir soluções para este fato na Psicodinâmica do Trabalho, ou seja, buscar uma reapropriação, por parte dos trabalhadores, do

sentido do trabalho, favorecendo o papel do indivíduo como agente de transformação do trabalho (SZNELWAR; LANCMAN; WU et al., 2004).

Reforçamos que, para que esta apropriação do trabalho ocorra, é preciso que o trabalhador permaneça minimamente ligado às suas tarefas e lhes atribua significados. Quando a rotatividade é grande, esta apropriação fica comprometida.

Outro problema descrito pelos enfermeiros entrevistados trata do absenteísmo, como expressam os depoimentos:

[...] muita falta de funcionário, muito atestado por motivo de doença, [...] então isso desgasta muito, porque você pode conseguir funcionário para substituir, muitas vezes você não consegue [...]. Então essa é uma parte muito desgastante. (E1)

[...] de repente o funcionário tal está de atestado por doença. Tem bastante absenteísmo. Então é complicada essa falta de funcionário, eu acho que é uma das coisas que mais geram estresse na gente, sofrimento mesmo. (E3)

Absenteísmo no trabalho é aquele que inclui todas as causas de ausência, como: doença, acidentes, licença maternidade, atenção a problemas relacionados aos familiares, problemas de ordem judicial, cursos fora e dentro da instituição, repouso semanal, férias e feriados (BULHÕES, 1994).

Com relação às faltas no trabalho, ou absenteísmo dos funcionários, nas falas de E1 e E3, é desvelado o desgaste, estresse e sofrimento que acontece, visto que o trabalho acontece em unidades complexas, com pacientes em estado crítico, totalmente dependentes e que necessitam de um total de funcionários de no mínimo cinco para cada dez pacientes.

Então, quando ocorrem ausências, a equipe fica sobrecarregada, trabalhando com um número reduzido de pessoas, desencadeando sofrimento diretamente para o enfermeiro que é o responsável pela equipe de enfermagem e, por consequência, prejudicando as tarefas junto a pacientes, familiares e burocracia, dentre outras.

Este fato pode levar o profissional, muitas vezes a desviar de seu planejamento, interferindo diretamente no trabalho de todos, pois não há um funcionário para substituir o que faltou, seja por estar de folga, de férias ou de licenças.

Em estudo com enfermeiros de Centro de Terapia Intensiva, estes profissionais enfatizaram que é difícil administrar e planejar a assistência aos pacientes quando ocorrem faltas e ausências, pois elas acarretam sobrecarga para os outros membros da equipe (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

A inexistência de funcionários para substituir os ausentes em folgas, férias e licenças exige, dos trabalhadores remanescentes, uma tarefa muito intensa, criando um ambiente muitas vezes de correria e tumulto, que se torna mais problemática quando ocorrem faltas no trabalho não agendadas previamente (LUNARDI FILHO, 1995). O autor reforça que a insuficiência de pessoa é gênese de sofrimento, visto que o excesso de atividades tem que ser divididos entre o pessoal disponível, o que pode tornar inviável o desenvolvimento de um trabalho com qualidade, situação esta que é desgastante, angustiante e estressante.

O ritmo mais acelerado e intenso do trabalho pela falta de pessoal traz conseqüências para todos os membros da equipe e, particularmente, para o enfermeiro que é o líder desta equipe; esta sobrecarga é motivo de sofrimento psíquico e também físico.

A ocorrência freqüente desta situação é indesejável; há que se proporcionar investimentos em recursos humanos de enfermagem para prevenir danos a paciente, família, trabalhadores de saúde e instituição.

O fato de se trabalhar com número reduzido de profissionais de enfermagem evidencia uma inadequação entre o processo de trabalho presente e a organização do trabalho real, surgindo sentimentos de angústia, estresse e medo que são tributários do sofrimento no trabalho; porém, para concretizar o objetivo prescrito, muitas vezes há necessidade de modificações, reajustamentos e improvisações no plano prescrito e, desta forma, o trabalhador terá que quebrar regras e assumir riscos (DEJOURS, 1994b).

Resenha sobre sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem explica que fatores inerentes ao processo de organização do enfermeiro em unidades críticas, tais como falta de recursos humanos e a desqualificação dos mesmos, são causadores de desconforto, sofrimento e estresse para o enfermeiro e a equipe de enfermagem (LE MOS; CRUZ; BOTOMÉ, 2002),

Esse pensamento é corroborado por estudo que destaca que os recursos humanos insuficientes são visto como impróprios para o desenvolvimento do trabalho, sendo causadores de estresse (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Quando se tem um número não suficiente de pessoas para o labor, isso pode colaborar para aumentar o índice de absenteísmo e ocasionar uma sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, propiciando uma diminuição da qualidade do cuidado prestado ao ser humano (ALVES, 1996).

Em investigação sobre o processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro, desenvolvida em UTIs, encontrou-se no discurso das entrevistas que “as faltas, atestados, refletem diretamente na qualidade do cuidado e qualidade de satisfação do cliente. A partir do momento que falta alguém, o restante da equipe tem que se organizar diferente e trabalhar mais” (PINHO; SANTOS, 2007, p.6).

Este fato é confirmado em outro estudo que mostra que a falta dos trabalhadores faz com que haja sobrecarga de trabalho sobre os profissionais de enfermagem em cada plantão e isto significa, para cada trabalhador do setor, adquirir uma carga psíquica extra (COSTA, 2005).

“O absenteísmo na enfermagem é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e traz sobrecarga entre os trabalhadores presentes e, conseqüentemente, diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente” (SILVA; MARZIALE, 2000, p.45).

As ausências de funcionários de enfermagem desorganizam o trabalho de equipe, alteram a qualidade e quantidade de cuidados prestados ao paciente e trazem problemas aos enfermeiros que lideram as equipes de enfermagem, que têm sob sua responsabilidade a necessidade de dar solução para todos os problemas administrativos que ocorrem em seu local de trabalho (ROBAZZI; PARACHINI; GIR et al., 1990).

Assim sendo, é preocupante as faltas no trabalho, como restou evidenciado nas expressões dos sujeitos entrevistados, pois é de competência do enfermeiro o processo de organização do trabalho e o absenteísmo provoca desorganização no labor e, por conseqüência, na assistência prestada aos pacientes. Este fato é também, sem dúvida, um fator de sofrimento, estresse, desgaste e angústia para os mesmos.

Ainda destacamos que o absenteísmo e faltas no labor foram compreendidos como a ausência do funcionário no serviço e a justificativa que surge nas falas é que o funcionário apresenta um atestado médico por motivo de doença faltando no trabalho sem que possa ser colocado outro para substituí-lo, isso nos

parece uma rotina que vem sendo administrada às “custas” do enfermeiro e da equipe que ficam substituindo este trabalhador.

Há que se modificar esta organização, buscando os reais problemas para o absenteísmo, em especial por doença e visando solucionar os problemas dos que faltam, bem como dos enfermeiros que gerenciam este problema e sua equipe de trabalho.

6.2.4 Quarta Subcategoria – As conseqüências das ações em Unidade de Terapia Intensiva

Os sujeitos deste estudo expressaram um sentimento de responsabilidade quanto à possibilidade de cometer algum erro e manifestaram postura de cobrança, em relação a si mesmos, quanto à eficiência e à eficácia. Isto acaba por pressioná-los, conforme demonstram as falas a seguir:

[...] Não cometer uma iatrogenia que leva a prejudicar um paciente. Ao entrar aqui eu tenho uma grande responsabilidade, eu sei disso, será que de repente um erro pode ser cometido, ou então eu posso prejudicar alguém [] é uma preocupação [] (E2)

Eu já cheguei assim [...] o paciente morrer e eu chorar, porque diante de tudo que a gente estava acompanhando com o paciente, era pra ele ter saído, o que aconteceu? Ai a cabeça enche de “minhocas”, será que foi o respirador? O que faltou? Será que ele ficou impregnado de tanta droga vasoativa? Onde foi que a gente negligenciou? (E5)

A gente sente a responsabilidade enorme e o receio de causar um dano ao paciente por omissão, por incompetência, por excesso de trabalho, eu sinto o peso da responsabilidade. (E6)

Percebemos que há uma vivência de sentimentos de impotência e de fracasso pessoal e profissional que surge nos enfermeiros quando estão diante de pacientes cujo estado requer procedimentos de alto grau de complexidade, expondo-os a um nível maior de responsabilidade, de sentimentos de medo diante da possibilidade de negligência ou erro que possa prejudicar o paciente e isto, por conseqüência, leva-os ao sofrimento.

Em pesquisa realizada em UTI com auxiliares e técnicos, os resultados encontrados mostram que esses profissionais levam para casa a preocupação em não ter cometido erros com o paciente durante o turno de trabalho. Este fato gera grande ansiedade e estresse (SHIMIZU, 2000).

“Quando se tem maior número de pacientes graves, os trabalhadores ficam mais tensos e aumenta também a chance de erros nos cuidados com os pacientes” (SHIMIZU, 2000, p. 258).

Os enfermeiros de UTI, pela dinâmica do trabalho, prestam cuidado ao paciente e muitas vezes realizam procedimentos que exigem habilidades manuais e intelectuais e rapidez. Desta forma estão expostos a pressões relacionadas ao desempenho dessas tarefas, mais do que outros trabalhadores de saúde.

Para evitar os erros, as iatrogenias, é comum os trabalhadores de enfermagem assumirem o papel de vigilante deles mesmos, como forma de afastar a ocorrência de erros durante a realização dos cuidados aos pacientes. Assim sendo, os trabalhadores, inconscientemente, passam a ser controladores atentos de seus próprios atos, por medo do erro e de suas consequências (BORSOI, 1992).

Analisando-se as ocorrências iatrogênicas por períodos na UTI, foi encontrado que, nos turnos matutino e noturno, acontecem mais problemas desse tipo, justificável, talvez, pelo fato de que, pela manhã, há concentração de grandes quantidades de procedimentos de rotinas específicas da enfermagem e de que, no período noturno, acontecem iatrogenias causadas pelo desgaste do trabalho do noturno. Outra possível explicação seria a de que os motivos de ansiedade, medo, peso da responsabilidade e de angústia dos trabalhadores de enfermagem pela possibilidade de erros nos cuidados aos pacientes estão relacionados, principalmente, ao ritmo de trabalho. Esse ritmo é muito intenso, gerando sofrimento, pois os trabalhadores sentem-se muito culpados e vivenciam o temor de que o paciente possa morrer caso ocorra iatrogenia (PADILHA, 1994).

As enfermeiras que trabalham mais com os trabalhadores de enfermagem também vivenciam muito intensamente o medo de que alguma coisa errada possa acontecer com os pacientes (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999).

O nível de angústia das enfermeiras, muitas vezes, é maior do que a dos outros membros da equipe de enfermagem, visto que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1996, é clara ao atribuir responsabilidades mais amplas a esse profissional, inclusive sobre os erros que possam ser cometidos pelos trabalhadores a ele subordinados (BRASIL, 1987a).

O trabalho de enfermagem em UTIs é desenvolvido em ambientes com situações geradoras de tensão; a convivência com o sofrimento e a angústia do outro e com a morte, torna-o complexo e de grande responsabilidade. A permanência contínua neste ambiente gera uma sobrecarga quantitativa e qualitativa, propiciando um alerta constante para evitar erros, contribuindo para tornar os enfermeiros mais rígidos consigo mesmo, visto que sabem da sua responsabilidade pela equipe de enfermagem, e muitas vezes, até por outros profissionais.

Acreditamos que a compreensão das ansiedades e do medo e o esclarecimento acerca da competência e das funções de cada membro da equipe é de importância ímpar para desvelar as estratégias de defesa individual e coletivas que podem estar sendo geradas, tornando-se imprescindível a implantação de mudanças que favoreçam uma diminuição do sofrimento e um maior prazer no trabalho do enfermeiro e, em consequência, dos outros membros da equipe.

No interior das organizações, deveria ser possível existir um espaço público para discutir, um espaço de convivência, cujos desafios não podem se restringir aos problemas técnicos, científicos ou relacionados às atividades produtivas, mas também direcionado à convivência humana, para oportunizar o viver comum, as regras de sociabilidade que favorecem o mundo social do trabalho, protegendo o ego e, por sua vez, colaborando para uma subjetividade saudável entre os membros da equipe de saúde (DEJOURS, 1999).

Este espaço não foi evidenciado durante a realização de nossa pesquisa e enfatizamos que o mesmo deve ser criado, pois ele permitiria a discussão e a ação conjunta para a resolução de problemas inclusive o medo do erro, que foi verbalizado pelos enfermeiros entrevistados. É fundamental também que seja realizado um diagnóstico detalhado, por profissionais competentes, para se buscar alternativas com o objetivo de diminuir os sentimentos de sofrimento advindos de responsabilidade, medo de cometer erros, cobrança de eficácia e eficiência de si mesmo, dentre outros.

6.2.5 Quinta Subcategoria – A falta de reconhecimento

O reconhecimento é descrito como importante para os sujeitos. Não ser reconhecido pelo trabalho realizado, tanto pelos colegas como pela família, é

visto como uma incompreensão pelo que fazem, trazendo-lhes sofrimento e um sentimento de invisibilidade. Os discursos a seguir ilustram tal situação:

[...] o que causa sofrimento às vezes é passar o plantão, porque de manhã você passa o plantão para seu colega enfermeiro, para a fisioterapia, o médico passa para a coordenadora médica da UTI. Você ficou aqui doze horas, ficou a noite toda sozinha, você e seu plantonista, a gente discute, toma as condutas, aí, de manhã, o pessoal fala em bom tom de voz: mas não podia ter feito isso? Porque que não fez assim? O paciente agora estaria melhor [] mas não era eu que estava ali? Eu e o plantonista? Por mais que fizemos os colegas não reconhecem, criticam as condutas que julgamos terem sido as melhores que podíamos ter realizado naquele momento, naquela situação. (E5)

[...] a gente vê a família cobrando e às vezes não enxergando o que a gente está fazendo não que a gente precise de reconhecimento a todo o momento, não que seja indispensável ficar falando o tempo todo, eles não entendem as condutas, a gente tenta explicar [...] Tento compreender que não ser reconhecido e valorizado é pelo desconhecimento na grande maioria das vezes que a família tem do que fazemos. (E6)

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, ou seja, a vivência do prazer e de realização de si mesmo (MENDES, 2007).

É um processo dinâmico que é possível quando partilhado e constituído coletivamente pelos trabalhadores e têm como pressupostos a solidariedade, a cooperação e a existência real de comunicação e de responsabilidade, em igualdade com o outro, inclusive quando são efetivados os julgamentos.

O reconhecimento implica uma mobilização política e as condições para construir e modificar a realidade, que é resultante da negociação das divergências e interesses no trabalho. Está relacionado diretamente com o poder do trabalhador, entendido como a capacidade de negociar e influenciar no coletivo do trabalho (MENDES; MORRONE, 2002; MORRONE; MENDES, 2003).

Os autores citados anteriormente referem que o trabalhador mobiliza-se e engaja-se no trabalho pelo seu poder, negociando, pressionando e apropriando-se ou rejeitando as regras do trabalho coletivo. O poder estrutura o processo de interação e interdependência mútua que é encontrado na cooperação humana.

Assim sendo, o trabalhador tem que se envolver em uma dinâmica de troca que tem como finalidade garantir a execução de seus objetivos no coletivo do trabalho. Porém, nem sempre o processo de organização do trabalho permite que isto aconteça, sobressaindo-se, assim, a importância do reconhecimento do sofrimento.

Nossa idéia é corroborada pelo pensamento de que o aspecto central da constituição da integridade psíquica do trabalhador deriva da mobilização subjetiva e de políticas que lhe permitem ressignificar as situações geradoras de sofrimento em prazer (MENDES, 2007).

A importância de ser reconhecido no trabalho foi demonstrada em estudo com metroviários brasileiros, que identificou a construção da identidade a partir de uma imagem originada pelo público, no caso, de eficiência, segurança e modernidade. Os trabalhadores, à medida que têm o seu trabalho reconhecido pelo público, apropriaram-se dessa imagem para reconhecerem-se como profissionais, ou seja, a tarefa desempenhada adquiriu significação e sentido (ITANI, 1997).

O reconhecimento é o coração da construção identitária no trabalho e, para que ele aconteça, é necessário o olhar do outro. Produz-se sobre as práticas, sobre o fazer. É, em regra, o reconhecimento dos impasses do trabalho prescrito e do quanto o indivíduo deve se desdobrar em esforços para dar conta do trabalho real. É também o sentido de gratidão sobre a contribuição significativa da pessoa para com a realização do seu labor. Deve pautar-se sobre uma autonomia para poder realizar, no mínimo, os atos e os gestos e tomar as decisões para executar as tarefas pelas quais ele é responsável (SAINT-JEAN, 2003).

O que verificamos nas falas de E5 e E6 foi justamente a ausência de reconhecimento externo pela família. Os entrevistados justificam que isto está relacionado ao desconhecimento que os familiares têm das tarefas que os enfermeiros realizam. Quanto ao reconhecimento pelos próprios colegas, também não houve sequer um elogio pelas condutas tomadas e, assim, o sentimento desencadeado foi o de que não houve significação e sentido no trabalho por eles realizado, não ocorreu a construção de suas identidades e, por consequência, a realização deles próprios.

Na construção da identidade no trabalho, busca-se um movimento para imprimir o marco pessoal, delimitar a singularidade pelo olhar do outro. Neste sentido, ocorre pela interação dialética do “eu” – indivíduo – com o

“outro”, mediada pelas representações e significações socialmente construídas. Produz-se dinamicamente, em um processo de troca com o meio, com os contextos históricos, pessoais e sociais nos quais o indivíduo está inserido (MENDES, 2007, p.45).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a construção da identidade mobiliza um processo de retribuição simbólica de reconhecimento do trabalhador em sua singularidade pelo outro, por meio das suas contribuições à organização do trabalho (DEJOURS, 2004b).

Para o mesmo autor, a identidade é mediada pela atividade do trabalho, que perpassa pela dinâmica do reconhecimento; este envolve o julgamento pelos pares. Assim, o coletivo aparece como uma ligação de importância ímpar e o ponto sensível da dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho.

Enfim, fica evidenciado que a dinâmica do reconhecimento nas diferentes situações de trabalho deve sempre propiciar a cooperação entre os profissionais, sendo indissociável da identidade e da saúde psíquica no trabalho.

Nessa perspectiva, para que o labor seja fonte de prazer e saúde, é necessário reconhecer aquele que trabalha, o seu esforço e o seu investimento na tarefa, já que, pelo reconhecimento, é possível atribuir sentido ao sofrimento vivido pelos trabalhadores.

Para que os trabalhadores tenham o sentimento de valorização como o reconhecimento pelo labor, é necessário que a equipe de trabalho, os indivíduos hospitalizados e os familiares dos trabalhadores reconheçam o que é realizado pelos mesmos, sendo que a existência de espaço institucional para a expressão de idéias e sentimentos é fundamental, pois o ser humano precisa de retorno, de estímulos positivos para se sentir valorizado e saber que está no caminho certo (MATOS; PIRES, 2002).

O sofrimento está correlacionado com as dimensões de reconhecimento, desgastes e valorização. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização do trabalho e para a sociedade (MENDES, 1999).

O reconhecimento é o sentimento de ser aceito, admirado e ter a liberdade de expressar a sua individualidade no trabalho.

O sentimento de valorização não acontece tão somente pelas manifestações positivas dos pares, mas especificamente pelo prazer que a

execução do trabalho gera para aquele que o realiza e que torna sua profissão mais evidenciada socialmente. A participação de todos os trabalhadores, expressando suas sugestões e reflexões, é fundamental, ou seja, o ouvir e o falar constroem um dos alicerces para enfrentar os problemas que possam surgir. Dessa maneira, a participação é processo que deve revelar, valorizar, reconhecer e respeitar as contribuições de todos envolvidos, constituindo uma rede entre os sujeitos e as diferentes formas de pensar, de agir, de conceber o mundo, dentre outros (MARTINS; ROBAZZI, 2005, 2006).

Com relação aos familiares, a situação de não valorização do enfermeiro pode estar relacionada com a herança do modelo clínico de atendimento, na qual o médico é visto pelos indivíduos como o profissional que tem o poder de curar.

Nossa idéia é corroborada pelo pensamento de que o modelo clínico dominante é aquele no qual o médico é o elemento central da assistência ao paciente e à sua família, sendo os demais profissionais vistos apenas como elementos auxiliares. Portanto, a sociedade tem a figura do médico como aquele que dá a última palavra, independentemente de ela estar certa ou errada (PIRES, 1999).

Em estudo realizado com a população atendida em um hospital escola da cidade de Londrina-PR, com a finalidade de identificar o conhecimento que esta tinha sobre as funções e a importância do profissional enfermeiro, os resultados demonstraram desconhecimento do papel deste profissional (DAVANTEL; FURRER; MARTINS et al., 2000).

Faz-se necessário que os enfermeiros tenham apoio de outros profissionais para o enfrentamento destas questões e de outras que podem surgir. A possibilidade de confrontar opiniões e a criação de espaço para discussão permite uma maior democratização nas relações de trabalho, proporcionando um conjunto de regras e uma nova organização do trabalho.

O trabalho desponta como operador fundamental na própria construção do sujeito e como espaço de construção do sentido, portanto, de conquista de identidade, de sua continuidade e historicidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

O prazer no trabalho só é possível a partir da constituição da própria identidade e, para que isso aconteça, é preciso maturidade e sensibilidade para se

tomar consciência da própria individualidade e identidade, bem como capacidade para discernir as coisas (LEOPARDI, 1994).

Assim, a atividade profissional transcende o simples atendimento de necessidades, constituindo forma de inserção social, na qual os aspectos psíquicos e até físicos estão fortemente implicados.

Ainda um tipo de ação que busque trazer à tona aspectos do trabalho que são invisíveis para os outros, como por exemplo, para os familiares dos pacientes, é uma alternativa para mostrar o trabalho realizado pelos enfermeiros, podendo assim ocorrer um reconhecimento do que é executado por estes profissionais (SENNA, 1981; SZNELWAR; LANCMAN; WU et al., 2004).

6.2.6 Sexta Subcategoria – A burocracia no trabalho

Analizamos os depoimentos a seguir:

O que realmente me causa bastante sofrimento e que eu não gosto de mexer são as papeladas, é uma coisa que acaba fazendo com que você diminua o seu cuidado assistencial para o paciente, isso sobrecarrega a gente. (E7)

A parte administrativa eu acho meio maçante, eu não tenho muita paciência, pra ficar cuidando muito de escalas, ficar cuidando disso ou aquilo, a burocracia rouba muito tempo da gente, mas é o enfermeiro que tem de fazer, essa burocracia é também função nossa, não é mesmo? (E8)

Fica explícito o sentimento, expresso pelos enfermeiros, de existir uma certa aversão aos trabalhos que envolvam burocracia, pois estes lhes absorvem um tempo que julgam que poderia ser utilizada para outras tarefas, como, por exemplo, o cuidado assistencial ao paciente.

Também fica desvelado que sabem que é função do enfermeiro ser gerente de uma equipe de enfermagem e até de outros profissionais e que a responsabilidade dos aspectos que envolvem a burocracia é competência do enfermeiro, se não na totalidade, pelo menos há que delegar para outros membros o que se é possível delegar.

O sofrimento advindo com a burocracia é decorrente da própria natureza e das características do trabalho do enfermeiro (PITTA, 2003).

Em estudo efetuado com enfermeiros de UTI, foi identificado que este profissional sente-se realizado quando consegue aplicar todos os

conhecimentos técnico-científicos no cuidado com o paciente e, em especial, aos pacientes em estado mais grave, que exigem mais comportamentos técnico-assistenciais do que a observação direta (MENDES; LINHARES, 1996).

Ainda para as autoras anteriormente citadas, na UTI o paciente é o centro da atividade do enfermeiro, influenciando a forma dos profissionais atribuírem sentido ao trabalho, mais especificamente quando estão cuidando diretamente dos pacientes.

O trabalho do enfermeiro de UTI tem por objeto de trabalho o cuidar dos pacientes e a finalidade primordial é recuperar e/ou controlar a doença, por meio da assistência de enfermagem, em um processo contínuo, de 24 horas (SHIMIZU, 1996).

Porém, é de sua competência a distribuição de funcionários em escala mensal e diária, bem como outras tarefas consideradas burocráticas, como preenchimento de pedidos de medicamentos, de conserto de equipamentos e de estoque de materiais, dentre outros.

Este acúmulo de tarefas leva o profissional ao sofrimento visto que o enfermeiro não tem muito tempo para prestar assistência a todos os pacientes, sendo necessário dividir as responsabilidades com outros elementos da equipe (SHIMIZU, 1996).

Ficou evidenciado, nas falas de E7 e E8, que o aspecto mais positivo do ser enfermeiro em UTI é a possibilidade de prestar cuidados ao paciente.

O cuidado confere aos enfermeiros satisfação, pois lhes possibilitam executar, no campo prático, as tarefas profissionais em consonância com o imaginário individual e social e o ensinado nos cursos de graduação. As tarefas burocráticas afastam-no do cuidado ao paciente (PADILHA, 1994).

O trabalho do enfermeiro é realizado em conjunto com outras categorias de enfermagem; na prática cotidiana, entretanto, muitas vezes ele se desvia de seus afazeres próprios, envolvendo-se em múltiplos papéis já pré-concebidos. Estes papéis, incluindo as tarefas burocráticas, levam-no a um certo automatismo em suas ações, com muito pouca utilização de sua criatividade. Somente tomando consciência desta situação é que o enfermeiro pode optar por priorizar os afazeres próprios, como cuidar, por exemplo, e delegar tarefas consideradas menos complexas para os outros membros da equipe.

É possível prestar uma assistência ao paciente com qualidade e precisão dos atos; para isso, é necessário compreender que a burocracia é uma forma de organização humana baseada na racionalidade, isto é, a adequação dos meios aos objetivos pretendidos, com a finalidade de garantir a eficiência (CHIAVENATO, 2000; SILVA; LIMA; FARIAS et al., 2006).

A forma como o enfermeiro percebe e realiza o trabalho mais diretamente ligado a tarefas burocráticas revela a concepção de que a administração é um ônus e uma sobrecarga que, conseqüentemente, mantém o enfermeiro afastado dos pacientes, pois as idéias de administração em geral, bem como as de burocracia em particular, são carregadas de valores negativos para esse profissional. “Tudo aquilo que não se confundir com os ideais profissionais mais claros (supervisão, treinamento e cuidados) cabe sob o rótulo homogeneizante e desvalorizado de burocracia administrativa” (GONÇALVES, 1994, p.209).

Historicamente, parece haver a tendência à suposição de que o enfermeiro somente poderá sentir-se gratificado quando estiver junto ao paciente, prestando cuidado (LUNARDI FILHO, 2000).

As expressões que muitos enfermeiros verbalizam parecem não contemplar espaços para a percepção de suas limitações como seres humanos, enfatizando seus sentimentos de sofrimento e culpa por ter que dedicar um tempo grande para as atividades entendidas como administrativas em detrimento daquelas específicas do cuidado. Desta forma, percebe-se fortes indícios de sua construção como sujeitos portadores de uma subjetividade capitalista que como

vítimas do capitalismo e do socialismo burocrático, são corroídas por uma angústia e uma culpabilidade inconscientes que constituem uma das engrenagens essenciais para o bom funcionamento do sistema de auto-sujeição dos indivíduos à produção. O resultado repousa de um ideal imaginário, que inculcamos nos indivíduos e a realidade totalmente outra que os espera na esquina (GUATTARI, 1987a, p.13).

Acreditamos que uma reorganização no trabalho do enfermeiro com relação às questões burocráticas é uma meta que pode ser alcançada; entretanto, é indispensável estes profissionais estarem unidos para refletir, discutir, avaliar e propor alternativas para diminuir a realidade da burocracia e aumentar o tempo para cuidados ao paciente e a familiares, dentre outros, sem perder de vista a burocracia que lhes compete.

Corroboram com nosso pensamento Mendes; Abrahão (1996), ao enfatizarem a importância de verbalizar e de ouvir, pois é o trabalhador quem mais sabe sobre o seu próprio sofrimento. Destacam que o método da Psicodinâmica, que investiga a subjetividade, permite que os indivíduos contextualizem o seu trabalho e busquem as soluções para a administração das questões burocráticas.

6.2.7 Sétima Subcategoria – A tecnologia em Unidade de Terapia Intensiva

Nos depoimentos, ficou evidenciado que os enfermeiros, em seu cotidiano, sofrem, desgastam-se, ficam angustiados e sentem medo das condições dos equipamentos existentes, bem como com a falta de equipamentos para suprir as necessidades do paciente. Isto resta demonstrado nos discursos:

[...] infelizmente nosso equipamento é meio velho, sucateado, então nós temos uma dificuldade muito grande com essa parte técnica, existem poucos equipamentos pra gente trabalhar, eles quebram, com o tempo ocorre o desgaste, quebram e aí quando você precisa não tem. (E8)

[...] mas a tecnologia que está aí se coloca tanta coisa junto do paciente e o enfermeiro tem que observar tanta coisa, que sobrecarregou mais, então a tecnologia não veio para poder aliviar o nosso trabalho, ela veio para cobrar mais da gente [...] O sofrimento é mais psicológico porque a gente tem aquela apreensão muito grande. A questão dos respiradores também, hoje o respirador multiprocessado e a gente fica ali, há um tempo atrás a gente só auscultava, hoje a gente tem um respirador que passa ali na tela e que passa ali o volume inspiratório, o expiratório e a complacência pulmonar [...] É um sofrimento muito grande. (E5)

[...] tem equipamentos de última geração convivendo com equipamentos obsoletos que estão lá desde o começo da UTI, como é o caso de monitores, de respiradores, e temos respiradores de última geração. Então eu sinto medo, porque eu já vivenciei panes, de paciente com risco eminente de morte, de às vezes até fazer uma hipóxia, e a gente não atender a tempo, o alarme muitas vezes não funciona, então a gente está sempre ligado. (E6)

Os enfermeiros estão sempre atentos aos equipamentos e sofrem porque quaisquer alterações neles, não observadas, podem implicar a morte do paciente, o que contribui para aumentar-lhes a carga psicológica.

Se, por um lado, o avanço tecnológico possibilitou a estruturação das UTIs, reunindo em um mesmo espaço os recursos necessários à uma assistência contínua ao paciente em estado crítico, em contrapartida, os profissionais passaram a conviver com um ambiente de trabalho que pode ser a

gênese de sofrimento, e isto nem sempre é levado em consideração (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

O uso da tecnologia tem exigido maior atenção e condicionamento do trabalhador. Os instrumentos mais avançados tecnologicamente não contribuem para reduzir a força de trabalho e, sim, para dar maior rapidez à recuperação do paciente. Neste sentido, a tecnologia tem contribuído para intensificar o ritmo de trabalho e, por consequência, aumentar o desgaste do trabalhador (SILVA, 1996).

O trabalho desenvolvido com a utilização de equipamentos é chamado de trabalho morto porque, para que as máquinas e instrumentos existam, sobre eles já se aplicou determinado trabalho anteriormente, ou seja, já trazem uma carga de trabalho pregresso que lhes deu forma e função (FRANCO, 2003; MERHY, 1997, 2002).

Assim, quando o processo de trabalho é pré-programado porque age sob comando dos instrumentos, limita a ação do trabalhador à programação da máquina. Desta maneira, há pouca interação entre o trabalhador e o usuário e ocorre um processo frio e duro de produção de procedimentos (MERHY, 2002).

A UTI é considerada uma unidade que possui tecnologia avançada e sofisticada, criando nos trabalhadores a expectativa de eliminarem o desconforto, a dor e o sofrimento dos pacientes. Porém, essa probabilidade muitas vezes é frustrada, apesar da tecnologia disponível.

Em pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem em UTIs, foram encontrados resultados idênticos aos do presente estudo, evidenciando que há falta de equipamentos básicos e que a maioria são obsoletos; portanto, são extremamente inseguros para os pacientes que, devido à gravidade de seus quadros clínicos, já apresentam riscos iminentes de vida. Propiciam, assim, uma sobrecarga psíquica aos enfermeiros e à equipe (SHIMIZU, 2000).

A incorporação de novas tecnologias tem, realmente, proporcionado uma dinâmica à área de assistência à saúde sem que, no entanto, tenha significado uma economia da força de trabalho. O acentuado dinamismo tecnológico, tem contribuído para intensificar o trabalho, requerendo a presença de um trabalhador mais atento e condicionado (PITTA, 2003). Na mesma linha de pensamento, verifica-se que as mudanças constantes na tecnologia empregada em UTI imprime, nos trabalhadores, ações cada vez mais automatizadas e modificações no modo do

trabalho, propiciando uma instabilidade que cria uma certa angústia porque sempre estão surgindo coisas novas (STOL; OLIVEIRA, 2005).

Ainda as autoras anteriormente citadas relatam que a tecnologia deixa os trabalhadores, que permanecem em turnos de 12 horas, muito apreensivos em relação aos equipamentos, em especial aos respiradores. Há uma preocupação sobre se ele vai funcionar ou não, pois um paciente, para viver, pode depender do respirador e, se acontecer qualquer problema mecânico, o trabalho já é dificultado, tendo que ser realizado manualmente, propiciando que os trabalhadores fiquem apreensivos.

O hospital deveria oferecer condições dentro dos padrões de qualidade. Os equipamentos não mantidos adequadamente e a ausência de equipamentos novos prejudicam a realização de determinados procedimentos e levam os trabalhadores a sentirem-se cansados e, freqüentemente, a trabalharem no limite da capacidade física e emocional (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

Trabalhar preocupado com equipamentos significa que os trabalhadores estão alertas e são guardiões e, ao mesmo tempo, realizam múltiplas tarefas que lhes são exigidas, desconhecendo se, em seu turno, vão enfrentar problemas com equipamentos. Isto exige do trabalhador uma capacidade de adaptação e de criação de estratégias para suportar este desafio (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

As situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos trabalhadores, colegas, chefes, equipe, clientes. Assim, sempre há uma discrepância entre o prescrito e a realidade concreta da situação, encontrada em todos os níveis de análise entre a tarefa e a atividade, ou ainda, entre o processo de organização formal e o informal, ou seja, a organização do trabalho está constantemente sujeita a modificações e a improvisações, sendo impossível prever o que vai acontecer (DEJOURS, 2000, 2004a).

Trabalhar é preencher a lacuna entre o labor prescrito e o real, sendo que não há como prever a mesma, então é necessário que o sujeito que trabalha seja capaz de inventar ou descobrir formas para superar este entrave (DEJOURS, 2004a).

O autor anteriormente citado afirma, também, que, quando ocorre o sofrimento, este não é apenas consequência da relação com o real, sendo, ao mesmo tempo, uma proteção da subjetividade com relação ao mundo na busca de meios que visam superar a resistência do real e, por fim, transformar esse sofrimento em conquista. Assim, a própria subjetividade se transforma, se engrandece e se revela a si mesma.

A organização do trabalho é um desafio que só pode ser enfrentado por meio de modelos que propiciem às organizações assimilarem o que ocorre no seu interior e na sua volta e elaborarem soluções adequadas para cada problema que surge. Neste sentido, é fundamental um aprofundamento sobre a dinâmica do trabalho vivo no interior dos ambientes laborativos. Há que se analisar o cotidiano dos trabalhadores, ou seja, o sujeito da ação e em ação, podendo se reinventar a lógica do trabalho coletivamente. Quando isto ocorre, o indivíduo tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se e interagir; isto significa que é protagonista no processo do seu trabalho (MERHY, 1997).

Quando o trabalhador possui uma razoável autonomia sobre o seu de trabalho, na qual há realizações pela prática de cada um, o local de trabalho torna-se o lugar da micropolítica, compreendida como um espaço que não é “uno”, é múltiplo de quantas identidades estão neste local e onde se produz a subjetividade (MERHY, 1997).

A subjetividade é então entendida como dinâmica, é afetada pelos valores e cultura que o indivíduo vai internalizando ao longo da vida e do tempo; é socialmente produzida e nunca está acabada. O trabalho é uma das experiências mais ricas que o ser humano pode ter e, por isso, é capaz de produzir novas formas de entender e agir no mundo e também com as outras pessoas.

Fica evidenciado que o trabalho, a partir dessa concepção, nada mais é do que algo que envolve o homem com suas crenças, significações de mundo, saber fazer, saber ser, com capacidade de reflexão, de compreender e de resistir às situações, de sentir, de pensar e de re(inventar).

Percebe-se que os entrevistados do presente estudo trabalham em um ambiente em que precisam lidar com acontecimentos difíceis. A tecnologia é importante e há uma apreensão constante sobre eventuais falhas que aconteçam e que possam trazer complicações inesperadas em seu trabalho.

Este medo pode ser um fato inerente ao exercício profissional, fazendo com que eles não confiem totalmente nos aparelhos e checando várias vezes o seu funcionamento, ou seja, estão sempre em estado de alerta, para assim realizar suas tarefas de maneira satisfatória, possibilitando uma garantia maior para os pacientes.

É importante que a instituição passe a garantir que os equipamentos necessários às UTIs do estudo sejam de qualidade, proporcionando eficiência de serviços aos pacientes e diminuindo o sofrimento dos trabalhadores que não confiam integralmente na tecnologia que ali existe.

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), através da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, seção 1, instituiu a Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), que determina as diretrizes básicas para implantação de medidas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, estabelecendo que o empregador deve garantir a conservação e a higienização dos materiais, equipamentos e instrumentos de trabalho. Quando houver necessidade de manutenção dos equipamentos e sua descontinuidade de uso acarrete risco de vida ao paciente, devem ser adotados procedimentos de segurança visando à preservação da saúde dos trabalhos. As instituições têm cinco anos para adequar-se à NR 32 (BRASIL, 2005).

A implantação das novas tecnologias deve ser discutida com todos previamente, bem como deve ser avaliado o impacto e a necessidade de adaptação à mudança no trabalho porque estes fatores podem desencadear tensões e estresse, com repercussão na vida psíquica e social dos trabalhadores (VALADARES, 2001).

A área de saúde precisa, e deve, utilizar recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém jamais deve esquecer que a máquina não substituirá a essência humana. É necessário que os enfermeiros, em especial os intensivistas, adotem uma postura crítica e reflexiva diante da tecnologia, adequando as necessidades dos pacientes, bem como as limitações e benefícios, associando a tecnologia a favor do resgate da natureza humana (BARRA; NASCIMENTO; MARTINS et al., 2006).

6.2.8 Oitava Subcategoria – A necessidade do conhecimento científico

A necessidade de atualização constante, devido às consequências de prejuízos que podem ocorrer ao paciente se não se buscar este conhecimento, ficou evidente no relato a seguir:

[...] a UTI é uma unidade complexa e nós precisamos estar nos atualizando com frequência você tem que pesquisar, você tem que estudar senão seu paciente vai ser prejudicado, porque as inovações científicas existem em relação ao tratamento, por exemplo, tratar de sepse, que é um grande mal, eu acredito que dentro da UTI o conhecimento constante é extremamente necessário, sendo que a gente se pressiona constantemente para acompanhar. (E7)

A fala de E7 revela seu sentimento acerca da necessidade de estudar, de atualizar-se seguidamente, sendo que na entrevista mostra uma responsabilidade que a leva sempre a cobrar-se e isto pode ser visto como fonte de pressão constante.

O processo de mudança tem ocorrido com tanta rapidez, com demandas aparentemente tão diferenciadas e com espaço de tempo tão curto para que se acompanhem as inovações científicas que surge a sensação de que estamos deixando de ser contemporâneos. A ilimitada evolução da ciência e da técnica não para de nos surpreender e de revolucionar o nosso dia-a-dia e, por consequência, a cobrança de produzir mais e melhor parece não ter fim, ou seja, as necessidades e as inovações parecem infundáveis (LIMA; OLIVEIRA; CADE et al., 2005).

Somos favoráveis à busca de novos conhecimentos e vemos a educação continuada como um caminho que leva à qualidade na assistência de enfermagem.

Porém, concordamos com Kurgant (1993) quanto à constatação de que a equipe de enfermagem, ao capacitar-se, deve não apenas operar na realidade imediata, mas ser, também, agente de mudança da sua realidade.

A busca do conhecimento não pode estar dissociada da tecnologia, mas, sim, estar acompanhada pela consciência de uma realidade de competência para a assistência de enfermagem. A incorporação e a utilização de novos equipamentos modificaram o trabalho da enfermagem, aumentando a pressão sobre o trabalhador no desempenho de suas atividades e exigindo mais de sua capacidade mental e psíquica (MUROFUSE, 2004).

A procura constante por novos conhecimentos é uma das formas do enfermeiro estar sempre atualizando e aprimorando suas competências, para que assim possa, cada vez, mais proporcionar uma assistência com mais eficiência e qualidade.

No entanto, isso não pode significar um peso a mais no trabalho do enfermeiro de UTI. Capacitações devem ocorrer periodicamente, através de participação em eventos, seminários, congressos, oficinas de trabalho, dentre outros, organizadas e programadas por todos os membros da equipe de enfermagem, fortalecendo assim, o trabalho em equipe e a oportunidade de trocas de experiências de aprendizagem uns com os outros e com profissionais externos ao ambiente de UTI.

Para que isso ocorra, a instituição deve estimular e financiar, na medida do possível, o aprimoramento dos trabalhadores com vistas a dar-lhes maior segurança e, por conseqüência, uma assistência de enfermagem ao paciente com qualidade.

Os enfermeiros intensivistas carregam o estigma de “donos do saber” podendo ser deixados de lado (BASTOS, 2002). Porém, são indivíduos como quaisquer outros, vulneráveis a pressões, ao sofrimento e à dor, ao mesmo tempo em que, por meio de seu saber amplo, desempenham papel que lhes dá prestígio e encobrem seus medos, tensões, angústias, estresses e sofrimentos.

Para finalizar, concordamos que não há uma solução, regra ou fórmula geral para diminuir o sofrimento no trabalho, mas isto não é motivo para deixar de buscar ações que tornem o labor menos angustiante, fatigante e estressante. Essas ações devem se pautar pela busca de processos que permitam ao trabalhador reorganizar seu modo operatório e encontrar os meios capazes de contribuir para diminuir o sofrimento e propiciar o prazer. Isso deve ser realizado coletivamente para, que todos possam dar suas sugestões, por meio da liberdade de expressão que permita, a cada um, defender aquilo que acredita ser vital para o trabalho – este pode ser o início de alguns processos de mudança (DEJOURS, 1994a).

6.3 TERCEIRA CATEGORIA – AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os resultados do estudo evidenciaram que as atividades desenvolvidas em UTIs pelos enfermeiros são complexas, diversificadas e requerem esforços simultâneos, tanto físicos como cognitivos e psíquicos. Ao interagirem com o paciente, seus familiares, equipe de enfermagem e de saúde e a própria instituição, estes profissionais adotam estratégias defensivas coletivas ou individuais para lutarem contra o sofrimento.

Estudos fundamentados nas contribuições da Psicodinâmica Dejouriana evidenciam que há fatores desencadeadores de sofrimento e de prazer no trabalho de enfermagem (LUNARDI FILHO, 1995).

Em estudo realizado com a finalidade de identificar os sentimentos de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem, os resultados demonstraram que o trabalho em si, apesar do sofrimento que contém, possibilita a vivência de um prazer real e concreto. A organização do trabalho é a principal fonte de sofrimento, porém, os trabalhadores usam estratégias defensivas para evitar o sofrimento (LUNARDI FILHO, 1995).

A investigação sobre a saúde psíquica no trabalho dos enfermeiros não é tarefa das mais fáceis para os pesquisadores dessa área, devido à complexidade da questão (SHIMIZU, 2000).

A saúde mental consiste em uma aprendizagem integradora da realidade, em uma relação sintetizadora, totalizadora e totalizante para a resolução das contradições que surgem em relação ao sujeito-mundo (PICHON-RIVIÈRE, 1995).

Desta maneira, as investigações devem indicar e buscar caminhos para que os trabalhadores tenham condições de adaptar-se à realidade. Quando os sujeitos adaptados têm possibilidades de identificar a realidade e capacidade para propor transformações, além de serem capazes de reconhecer as suas próprias necessidades e as da comunidade a que pertencem, conseguem, então, manter um interjogo dialético com o seu meio, ao invés de se aterem a uma relação rígida, passiva e que não se altera (PICHON-RIVIÈRE, 1995).

Estratégias defensivas são mecanismos por meio dos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade

que o faz sofrer. É um processo praticamente interno do indivíduo, já que ele geralmente não consegue, muitas vezes, mudar a pressão imposta pela organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994b).

As estratégias defensivas podem ser usadas individualmente ou coletivamente. As individuais constituem-se em um processo intrapsíquico e existem mesmo sem a presença do objeto que gerou o conflito. As estratégias defensivas coletivas, por sua vez, caracterizam-se pela presença de condições externas que geram sofrimento e são construídas no coletivo a partir do estabelecimento de regras e consenso entre os trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994b).

Essas estratégias defensivas, quer sejam individuais ou coletivas, que os trabalhadores desenvolvem nada mais são do que um meio utilizado para protegerem-se do elevado nível de sofrimento no trabalho e para poderem continuar a trabalhar (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

A utilização das estratégias defensivas é considerada saudável, entretanto, não se deve minimizar, necessariamente, seus efeitos patológicos quando ocorre a cristalização da defesa, ou seja, quando o indivíduo naturaliza o sofrimento, tornando-o “esperado e sem espanto” e capaz de interferir em sua busca para alcançar o cumprimento dos objetivos profissionais e os da vida fora do labor (BECK, 2001; MENDES; LINHARES, 1996).

São diversas as estratégias defensivas utilizadas pelos sujeitos entrevistados neste estudo. Para uma melhor compreensão, elas serão apresentadas de uma forma seqüencial, a partir dos depoimentos.

6.3.1 Primeira Subcategoria – Buscando apoio na prática religiosa

Expressa nos discursos em que a crença, a fé e a oração surge como uma forma utilizada pelos enfermeiros para enfrentar as dificuldades que geram sofrimento, conforme verificamos a seguir:

Primeiro eu rezo bastante.(E3)

[...] às vezes eu saio daqui quando o clima está muito pesado, difícil, vou ali na capela e faço a minha oração, eu peço pra Nossa Senhora me dar todas as qualidades que eu preciso pra poder voltar aqui pra dentro e trabalhar e eu peço ao Divino Espírito Santo pra me dar o dom da sabedoria. Às vezes quando o plantão está muito tumultuado, que a equipe toda está sofrendo, a

equipe toda faz uma oração, pedindo a Deus pra nos dar condições, pra poder cuidar daquela pessoa que está ali. (E5)

Eu vejo a oração como uma estratégia, uma válvula de escape. (E6)

As falas denotam que fazer uma oração é uma estratégia defensiva adotada individualmente pelos enfermeiros, mas também é utilizada às vezes coletivamente, como podemos identificar na fala de E5. A busca é para que encontrem forças para continuar as tarefas de cuidar de pacientes em estado crítico, principalmente aqueles que apresentam risco de morte iminente e, muitas vezes, para que consigam afastar a impotência sentida diante dos fatos ali vivenciados.

Resultados similares aos nossos foram encontrados em estudo o qual desvelou que os trabalhadores de enfermagem recorrem às religiões para tentarem se confortar do sofrimento gerado pelo convívio com a morte (SHIMIZU, 2000).

A religião sempre contribui com explicações para a busca de sentido que marca a existência humana diante da morte (SHIMIZU, 2000).

A religião, a fé e a oração têm reforçado a idéia de que a vida não é inútil e não acaba. As religiões têm colaborado tanto para a sociedade como para as pessoas, por propiciar um ajustamento de realidade para a morte, de forma a assimilar e tornar válida as expressões inerentes ao luto, isto é, um conjunto de reações a uma perda significativa. Por outro lado, muitos indivíduos que encontram apoio em crenças religiosas têm a visão da morte como uma passagem e não como finitude de vida (BROMBERG, 1997).

Esta concepção desencadeia o surgimento de defesas contra o enfrentamento com a morte, uma vez que, sem elas, seria impossível imaginar qualquer seguimento de futuro (BROMBERG, 1997).

Em estudo sobre vivências de enfermeiro de UTI, o resultado encontrado foi que uma das estratégias defensivas mais freqüentemente utilizada por esses profissionais é o apego à religiosidade e a busca de apoio em “entidade” superior; a crença em algo superior ajuda a lidar com os sentimentos advindos das situações difíceis que enfrentam (MELO, 2000).

Em nosso estudo, a fala de E6 denota a oração como uma válvula de escape. Isto, em nossa visão, manifesta um artifício por meio do qual a oração ajuda a superar muitas situações conflitantes e a vencer experiências dolorosas.

As válvulas de escape cotidianas permitem que enfermeiros e pacientes estabeleçam relações terapêuticas. Entretanto, ao utilizá-las, os trabalhadores devem identificá-las, pois, se foram usadas como única alternativa, podem conduzir à alienação e à banalização do sofrimento (BECK, 2001; DEJOURS, 2000; LOPES, 1995).

Em estudos realizados em unidades críticas, foi constatado, também, que uma das estratégias apresentadas pelos enfermeiros é buscar a espiritualidade e a re-valorização da vida, havendo um grande apego à religiosidade (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002; STOL; OLIVEIRA, 2005).

Buscando a força na religião, como uma estratégia defensiva, os enfermeiros do presente estudo estão tentando alternativas para conviver com o sofrimento, o desgaste e o envolvimento com paciente, que são gerados no trabalho. Entretanto, a busca é mais individualizada, solitária, ou seja, não compartilhada com os outros enfermeiros da equipe de enfermagem e de saúde e, assim, culmina em busca de soluções individuais, esgotadas em si mesmas, o que torna tal processo penoso para o profissional, especialmente para aquele que estabelece vínculos fortes com os pacientes.

Embora essa estratégia ajude, não podemos considerá-la como totalmente eficaz; há que se abrir canais para a manifestação dos sentimentos, pois os subterfúgios ou defesas inconscientes de caráter humanitário e religioso já estão implícitos à própria profissão, de modo exclusivo e silencioso (SHIMIZU, 2000).

6.3.2 Segunda Subcategoria – Promovendo o inter-relacionamento entre os membros da equipe de saúde

Os depoimentos salientam a importância que os enfermeiros atribuem ao bom relacionamento interpessoal, por meio do qual são estabelecidos laços de amizade e de confiança, que ajudam a aliviar as tensões e propiciam ajuda mútua, podendo facilitar e estimular o diálogo e impulsionar os indivíduos à realização de seu potencial, como identificamos a seguir:

[...] o que tem bastante na UTI é festinha, não deixamos nenhum aniversário passar despercebido, é feito uma festinha com bolo e refrigerante, eu acho uma forma de aliviar as tensões, unir a equipe, fortalecer os laços de relacionamento interpessoal, de amizade, companheirismo, é como nos

conhecermos melhor. Fortalece o grupo e realmente alivia as tensões do dia a dia. (E3)

[...] não é porque nós somos a chefia, nós temos que manter nossa conversa, eu e o funcionário [...], nós conversamos muito, cada um conhece minuciosamente a personalidade de um e de outro. Quando alguém está chateado ou triste isso é percebido pelo grupo e todo mundo tenta dialogar, colocar para cima, brincar um pouco, animar um pouquinho, relaxar. E, assim, tentar manter o relacionamento entre todos da melhor maneira possível. (E4)

As expressões anteriores corroboram a idéia de que, para se conhecer as características das pessoas e do grupo, há que se criarem momentos de descontração e de possibilidade de expressão (SHIMIZU, 2000).

Quando não há espaço, no contexto laboral, para se falar dos sentimentos que o trabalho faz aparecer, os sujeitos tenderão a agir de forma a dar a aparência de estabilidade ao processo organizativo e, então, a relação e a interação serão superficiais (BLEGER, 1989; DEJOURS, 1992).

Ao se proporcionar um inter-relacionamento pessoal, cria-se um espaço no qual podem ser desvelados os diferentes pensamentos que cada um traz consigo a respeito do outro. Dessa forma, cria-se um ambiente favorável para buscar compreensão, afeição, harmonia, cooperação e fortalecimento do trabalho em equipe e, conseqüentemente, benefícios ao paciente.

Quando existe um clima de harmonia, compreensão e respeito e conseqüente relacionamento amistoso e cordial, há o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimentos, bem como oportuniza-se condições do livre exercício de conversar para opinar e sugerir em todos os aspectos (assistenciais, administrativos, entre outros). Estas sugestões, quando acatadas ou levadas em consideração, são percebidas como estratégias que conduzem a um trabalho mais prazeroso. A confraternização, a intimidade e a conseqüente informalidade nas relações pessoais e profissionais favorecem o desenvolvimento de um trabalho solidário em equipe, trazendo, desse modo, mais tranquilidade e prazer no labor (LUNARDI FILHO, 1997).

A interação pode significar a essência da vida social e cabe ao enfermeiro promover a interação e cooperação grupal, respeitando cada um em suas diferenças, fortalecendo, assim, os vínculos afetivos. Essa é uma estratégia que o enfermeiro deve utilizar no trabalho (BERSUSA; RICCIO, 2000).

O compartilhar do enfermeiro com a equipe, a comunicação efetiva, o respeito pela individualidade, a possibilidade do crescimento coletivo por meio de reflexão e postura crítica, o desenvolvimento da criatividade a partir da liberdade e da responsabilidade, as atitudes de ouvir, a compreensão, a aceitação e o propiciar vínculos afetivos são estratégias que resultarão em mais harmonia entre a equipe, fortalecendo as responsabilidades de cada um e, por consequência, obtendo a melhoria dos cuidados prestados aos pacientes e familiares.

6.3.3 Terceira Subcategoria – Realizando atividades físicas

Nas expressões dos entrevistados, a realização de uma atividade física, como aquelas de caminhar e de freqüentar uma academia, é uma maneira de diminuir o estresse e trazer calma, conforme observamos a seguir:

[...] então o que é que eu faço todo dia... eu tenho uma atividade física, eu procuro ter essa atividade física, isso é bastante interessante, diminui o estresse. (E2)

[...] eu procuro fazer caminhada, para mim, caminhar é uma coisa ótima. (E5)

Eu procuro fazer atividade física sempre que dá tempo, é pouco, mas eu procuro ir pra academia, caminhar [...] são coisas que acabam adicionando um pouco de adrenalina e acabam me acalmando. (E7)

A adoção de um estilo de vida não sedentário reduz o risco dos indivíduos desenvolverem doenças e promovem o seu bem-estar (BARROS NETO, 1997).

A atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelo sistema músculo esquelético que resulta em gasto de energia (BRACO; MELO; SOARES et al., 2007).

Ela pode atuar como uma terapêutica para várias dimensões: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual que compõem o ser humano (MARTINS; BÖCK; MOSTARDEIRO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a inatividade física cause mais de 2 milhões de morte por ano. A atividade física pode ser uma maneira prática de se conseguir, tanto direta como indiretamente, inúmeras vantagens para a saúde (BRACO; MELO; SOARES et al., 2007).

As autoras anteriormente citadas afirmam que, com a ausência de exercícios físicos diários, leva o corpo a tornar-se depósito de tensões acumuladas e, sem canais naturais para a saída dessas tensões, a probabilidade de se desenvolver doenças, em especial as crônicas, é aumentada.

Corroborando com essa idéia estudo que constatou o fato de que, na prática da atividade física, o corpo libera uma substância chamada endorfina, que é responsável por bem-estar e auto-estima e, desta forma, o indivíduo pode ter muitas melhoras psicológicas (KAWASAKI, 2007).

Com as afirmações anteriores, fica desvelado que a atividade física que os enfermeiros realizam é uma estratégia concreta para diminuir as tensões e o estresse que é advindo do trabalho intenso, complexo e penoso em UTIs e que eles estão conscientes desses benefícios.

Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciaram relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade, efeitos positivos nos riscos de enfermidades cardiovasculares, arteriosclerose, osteoporose, assim como benefícios psicológicos em curto prazo; há diminuição de ansiedade e estresse e, em longo prazo, ocorrem alterações na depressão moderada, no estado de humor, na auto-estima e no aumento de atitudes positivas (MATSUDO; MATSUDO, 2000).

São muitos os benefícios da atividade física, que vão desde os físicos até os psicológicos. Dentre eles, pode ser citados: melhora do auto-conceito, da auto-estima e da imagem corporal, diminuição do estresse e da ansiedade, melhora da tensão muscular e da insônia, diminuição no consumo de medicamentos e melhora das funções cognitivas e da socialização (SAMULSKI; NOCE, 2000).

Estudo sobre atividade física, segundo a percepção dos estudantes de enfermagem, encontrou que o aluno de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo é bastante envolvido em práticas esportivas e de atividade física; foi sugerido que os cursos de graduação em Enfermagem incorporem aos seus currículos conteúdos pertinentes à atividade física para que esta possa ser uma forma de despertar o interesse e o conhecimento dos benefícios para a saúde e bem-estar (MONTEIRO; FARO, 2006).

A atividade física, pelas considerações anteriores, é uma estratégia importante para os enfermeiros, porém há que se destacar que é uma atividade que está sendo desenvolvida individualmente e que esses profissionais estão cientes de que a atividade física é uma forma de enfrentar as situações estressantes. Mas, por

outro lado, é de fundamental importância que os outros enfermeiros e membros da equipe de enfermagem e saúde também busquem como estratégia a atividade física para manter e melhorar a saúde. A criação de espaços no próprio ambiente laboral, na qual um profissional de educação física e/ou fisioterapeuta possa desenvolver atividades também contribuiria para diminuir o estresse.

Assim sendo, poderemos ter um trabalho com a presença de profissionais menos estressados, mais felizes e saudáveis.

Um certo grau de estresse pode ser necessário, mas quando este passa do limite aceitável para cada indivíduo, devem ser feitos esforços, tanto no nível pessoal quanto no do processo organizacional, para que ele seja reduzido a níveis toleráveis. Medidas tais como realizar técnicas de relaxamento, fazer exercícios físicos e ouvir música podem ser necessárias, antes ou após o expediente laboral e devem ser proporcionadas pela instituição, que assim estará interligando ações que são eficazes para minimizar os efeitos deletérios do estresse (MIRANDA, 1998).

6.3.4 Quarta Subcategoria – Afastando-se do paciente e de seu familiar

Os depoimentos a seguir expressam que:

A minha estratégia é essa, conforme o paciente vai afundando eu também vou me afastando. (E1)

[...] eu não me deixo envolver muito com a família, eu me envolvo em relação ao cuidado, ao que eu estou vendo ali. Agora, quando eu vou tratar com a família eu procuro não me envolver muito, porque senão a gente começa a misturar as coisas. (E8)

Os enfermeiros utilizam como estratégia, para se defender ou amenizar o sofrimento, afastar-se do paciente conforme percebem que o mesmo está em situação de morte iminente, ou seja, suas chances são pequenas ou já não existe mais esperança de sobrevivência e a morte é tida como certa. Isto faz com que, em muitos enfermeiros, surjam sentimentos de fuga e de afastamento como forma de proteção individual, que é subjetiva de cada ser humano.

Na expressão de E8, procura não se envolver com a família, julga que não deve misturar as ações, procura cuidar do indivíduo tendo a visão de que o paciente é o principal objeto de trabalho do enfermeiro, porém, a família é uma

extensão deste indivíduo e o seu não envolvimento indica uma estratégia para não interagir emocionalmente com os mesmos, uma que seu sofrimento com o paciente já é muito grande e, se este sofrimento se estender aos familiares do paciente, ele poderá assumir uma dimensão maior. Desta forma, o enfermeiro procura afastar-se da família para proteger-se deste sofrimento, que nem todos conseguem enfrentar da mesma maneira, cada indivíduo é único, com suas subjetividades e formas de se relacionar com o trabalho, com as pessoas e com o mundo.

Quando há uma enfermidade fora das possibilidades terapêuticas, o profissional coloca-se frente a frente com a frustração de um trabalho desenvolvido e a certeza iminente de uma perda (o paciente), confirmando-se o fato de que nem tudo está sob seu controle. Isto é extremamente frustrante, causando ansiedade. O sentimento de perda do seu próprio controle gera sofrimento, por isso este profissional vai se afastando do paciente quando percebe que ele não tem mais chances de sobrevivência (MELO, 2000; VISCOTTI, 1992).

Em estudo realizado por Mendes; Linhares (1996) com a finalidade de identificar a percepção dos enfermeiros sobre a interação com o paciente, constatou-se que os profissionais estabeleciam distanciamento emocional na relação com o paciente, especialmente quando a morte parecia ser iminente, ou seja, a morte aparece como elemento desestabilizador, razão para evitar aproximação com o paciente, para não se deixar ser tocado pelo sofrimento do outro.

Resultados semelhantes foram encontrados quando pesquisa efetivada acerca de “atividade – prazer – sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro de UTI” identificou que este profissional se distancia do paciente quando a morte é eminente, sendo vista como um elemento desestabilizador para o profissional, uma vez que provoca desgaste psicológico e interfere na execução de outras atividades (LINHARES, 1994).

A autora acima citada ainda refere que o contato com os pacientes em fase terminal suscita, nos profissionais, o confronto com a própria morte e, desta forma, o profissional se afasta do paciente para não ter que pensar suas próprias questões a respeito do fato, e que os enfermeiros têm dificuldades com os familiares e assumem um comportamento distante e sem emoção com relação a eles.

É difícil lidar com a morte, e com os familiares de quem se foi, pois ela representa a impotência, o sofrimento e a perda (LEITE; VILA, 2005). Os profissionais de enfermagem não se sentem preparados para enfrentar a morte e,

muitas vezes, identificam-se com os pacientes e sofrem, mas buscam estratégias defensivas para suportar o sofrimento (HADDAD, 1998).

A enfermagem convive diariamente com situações envolvendo urgência, sofrimento e perda do paciente, as quais acabam levando o profissional da área ao sofrimento e à frustração, pois existe toda uma dedicação e, muitas vezes, o paciente não se mantém vivo. Por outro lado, os pacientes em estado grave, são mantidos vivos por equipamentos capazes de tal. Essa situação leva, inúmeras vezes, à angústia e ao sofrimento, porque os trabalhadores desta profissão sabem, com sua experiência, que o suporte tecnológico prolonga o sofrimento do paciente por não permitir sua morte e este é mais um fator que leva muitos profissionais a se afastarem desses pacientes (LUCENA; CROSSETTI, 2004).

Porém, a UTI é o local para o qual os pacientes são internados para poder ter uma chance de continuar a viver e a terapia intensiva precisa ser associada à vida e não à morte, os pacientes que lá se encontram devem ter possibilidades de viver e não de morrer.

Este entendimento não é fácil, pois aprendemos, como enfermeiros, que o principal é salvar a vida, a morte é pouco trabalhada nos currículos de enfermagem e, quando é impossível escapar da presença da morte, deparamo-nos com o uso de estratégias defensivas para minimizar o sofrimento.

Embora os enfermeiros de UTI saibam que todos os pacientes assistidos nessa unidade apresentam risco de vida iminente, devido à gravidade de seu quadro clínico, eles apresentam dificuldades para aceitar a morte. Isto ficou evidenciado na fala de E1, que declarou afastar-se do paciente quando seu quadro clínico tende a agravar-se. Esses trabalhadores têm conhecimento prévio do prognóstico ou falta do prognóstico sobre o paciente, no entanto, parece que a negação não permite que tomem contato com essa realidade e faz com que busquem estratégias para se protegerem.

Negar a realidade é uma defesa psíquica comum entre os adultos quando vivenciam sentimento de impotência para o enfrentamento de situações ou pessoas ameaçadoras, ocasião em que a negação pode advir por meio de fantasias (SELLIGMAN-SILVA, 1994a).

Pesquisa realizada para avaliar o sofrimento e prazer no trabalho de enfermeiras de UTI encontrou resultados similares aos nossos, ou seja, as

enfermeiras utilizam estratégias defensivas. Dentre elas, o distanciamento dos pacientes (SHIMIZU, 1996).

A autora ainda analisa que essa estratégia nem sempre garante a proteção total contra o sofrimento, porque o enfermeiro está continuamente em contato com a dor, o sofrimento e a morte. Assim sendo, é o depositário direto de angústias vividas pelos seus pacientes e familiares, além daquelas existentes em sua vida, também finita, o que aumenta a própria ansiedade e, conseqüentemente, a dificuldade de lidar com elas, buscando estratégias que aliviem esse sofrimento.

Sobre o não envolvimento com os familiares, também encontrou que as enfermeiras procuram não se envolver muito, alegando que a família projeta neles os seus sentimentos de ansiedades, angústias e medos e que as cobranças não são fáceis de serem elaboradas pelos profissionais (SHIMIZU, 1996).

Os familiares tratam os enfermeiros de maneira a garantir que estes vivam parcial ou integralmente estes sentimentos, ao invés deles mesmos.

Dejours (1992), ao realizar pesquisa com enfermeiros, identificou que eles vivenciam no trabalho uma situação às vezes insuportável e, muitas vezes insustentável, devido ao trabalho desgastante, às pressões do ambiente hospitalar e ao caráter de suas atividades, especialmente o contato com o paciente, fazendo com que desenvolvam estratégias defensivas como a fuga, o afastamento para diminuir o sofrimento.

Outra investigação com enfermeiros evidenciou que estes profissionais estão expostos a dois tipos de angústia na confrontação com a morte: a fantasia da própria morte e a da morte dos outros. No confronto com a morte iminente, limitam ao máximo o contato com o paciente, evitando conversas e buscando refúgio no afastamento, no não envolvimento e no perfeccionismo técnico (LOGEAY; GADBOIS, 1985).

O paciente é o principal objeto das tarefas do enfermeiro, bem como é na relação com o mesmo que surgem os níveis de conflito, influenciando a forma com que os profissionais atribuem sentido do trabalho, à medida que esta tarefa resgata fortes investimentos psíquicos ao se depararem com a vida e a morte (MENDES; LINHARES, 1996).

Ainda para as autoras citadas, a dicotomia entre buscar o sucesso e obter o fracasso nas tarefas de enfermagem em UTI pode levar esses profissionais a utilizarem estratégias defensivas coletivas ou individuais, racionalizando o sofrimento

por meio de comportamentos considerados naturais pelos próprios profissionais, tomando a atitude de permanecer o menor tempo possível com o paciente, sem perceber que estão fugindo das tarefas que são de sua responsabilidade.

A perspectiva da Psicodinâmica busca resgatar os aspectos cuja dimensão maior está diretamente relacionada ao vivido subjetivamente, em detrimento do comportamento técnico e operacional necessário ao atendimento do paciente (DEJOURS, 2004a).

Assim sendo, a subjetividade pode fazer com que o trabalhador que cuida do paciente em estado grave atue de forma a que os cuidados sejam desenvolvidos penosamente, com resultados pouco eficazes, pois ele está imbuído de sofrimento, que é individual e característico de cada um. Há que se considerar, então, as características de personalidade e o espaço dentro do trabalho para explicar o sofrimento e as estratégias defensivas, enquanto mecanismos para buscar o equilíbrio psíquico, tendo em vista elucidar profundamente o que prejudica a saúde psíquica mental dos enfermeiros.

Então, a estratégia de distanciamento do paciente e do familiar deve ser discutida no grupo, visando trabalhar o sofrimento psíquico, ao invés de mascará-lo. Isto porque um fator psíquico estressante tem efeito patogênico igual ao dos agentes químicos, físicos ou biológicos e daí a importância de ser amenizado ou superado (PITTA, 2003).

6.3.5 Quinta Subcategoria – Fazendo uso do tabaco

Identificado nas falas a seguir:

[...] nós fumamos de vez em quando. (E4)

[...] por ser ansioso eu tenho mais dificuldade de deixar o tabagismo fumo bastante durante o trabalho quando dá uma folguinha eu vou fumar. (E6)

O enfermeiro, mesmo ciente de todos os danos que o tabagismo provoca para a saúde do ser humano, faz uso do tabaco como uma estratégia defensiva.

O fumo e o uso excessivo de álcool, tanto pelo grupo de trabalho como individualmente, na maioria das vezes, significam defesas que são utilizadas

para quebrar a tensão vivida no trabalho, ou seja, têm um caráter defensivo contra a ansiedade. As organizações voltadas para a proteção da saúde, como as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), são voltadas explicitamente para prevenção de acidentes e deveriam também considerar outras situações lesivas à saúde e existentes no trabalho (SELLIGMAN-SILVA, 1994b).

Estudo sobre a saúde das mulheres trabalhadoras e enfermeiras desvelou que o tabagismo ocorre entre os enfermeiros, apesar de saberem que o fumo é nocivo à saúde, mas os profissionais, mesmo assim, têm conduta incoerente com sua representação de profissionais da área de saúde. A responsabilidade pela saúde não depende apenas das condições externas ligadas à pessoa, é também uma responsabilidade consigo mesmo (PEDROSA, 1999).

Em decorrência do estresse, da ansiedade e da angústia, o indivíduo tem reações diferentes e o tabagismo excessivo, o alcoolismo e o uso de drogas são reações comportamentais. Há necessidade de uma abordagem integral e integrada entre as reações comportamentais, emocionais e fisiológicas; é importante a equipe de saúde assumir o seu papel de executar e coordenar programas que ajudem a interceptar a história natural desses desvios da saúde (LEVI, 1983).

Sabe-se que, quando o indivíduo usa os conhecimentos adquiridos sobre o estresse e a angústia, pode sublimar na direção de tarefas criativas e produtivas ou mesmo redirecionar a tensão para novos empreendimentos. No entanto, a pessoa ansiosa e tensa, quando submetida aos estressores, pode vir a beber, fumar, jogar e consumir drogas (FERRAZ, 1995; MOLINA, 1996).

Porém, as autoras anteriormente citadas e Dejours (2004b) colocam que estas atitudes pertencem à dimensão subjetiva e que cada indivíduo tem uma reação, um comportamento; há pessoas que, para se defender do estresse, dedicam-se a escrever, criar novos empreendimentos na tentativa de sublimar a situação causadora do estresse.

Os entrevistados E4 e E6 buscam o tabagismo como estratégia para combater o estresse. Se houver um trabalho desenvolvido por profissionais competentes, há possibilidades reais de que os enfermeiros deixem de fumar.

Este processo é complexo porque exige que o indivíduo administre as emoções, o que não é tarefa das mais fáceis. A pessoa terá que avaliar os malefícios do estresse e do fumo, ou seja, a situação como um todo e a internalização da ameaça que poderá acontecer em sua saúde pode constituir-se

em uma situação de desafio e ser utilizada para superação do obstáculo, almejado o sucesso e vitória que é deixar de fumar como uma fuga para enfrentar o cotidiano do trabalho.

Nos dias de hoje, existe entre os fumantes, a consciência de que o cigarro faz mal, em especial os enfermeiros, mas o número de vítimas por invalidez e por morte, decorrentes desta doença, não pára de crescer. Pesquisas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, 1998a, 1998b) revelam que a maioria dos fumantes quer abandonar a dependência, mas não consegue. Estamos assim diante de um fato animador e ao mesmo tempo desafiador.

É claro que o assunto diz respeito a uma substância que gera dependência, a nicotina; desta forma é evidente que não é fácil abandonar o vício de fumar. O desafio está em auxiliar as pessoas.

Faz-se necessária a implementação de tratamento com terapias comportamental e medicamentosa. Sabe-se que a abordagem comportamental é de fundamental importância sendo necessário recursos humanos e infra-estrutura no trabalho dos enfermeiros de UTIs, a fim de que essa prática possa ser desenvolvida (SOUZA, 2003).

O método comportamental é um processo com estratégias para ajudar o fumante a deixar de fumar, é um ato que leva tempo uma vez que envolve mudanças de comportamento; já a abordagem medicamentosa, como o nome já deixa claro, é a utilização de medicamentos de eficácia já comprovada para ajudar na cessação de fumar (SOUZA, 2003).

Ainda a autora anteriormente citada afirma que, para se trabalhar em programas anti-tabagismo, é necessária a atuação de equipes multiprofissionais, normalmente compostas por médicos, psicólogos e nutricionistas. A dependência é um processo complexo, envolvendo inter-relação entre farmacologia, fatores condicionadores, personalidade e até condições sociais. As justificativas para o uso do fumo são a melhora do humor, como prazer, aumento da vigília, melhora do rendimento das tarefas, efeito estimulante, relaxante, redução na ansiedade e estresse. Estes argumentos precisam ser compreendidos para que se possa estabelecer uma meta contra o fumo.

O objetivo destes programas é suprimir a dependência física e psicológica do tabagismo, visando diminuir a dificuldade para alcançar e manter a abstinência do cigarro (LABBADIA, 1995; LUPPI; ALVES; SANTOS, 2006).

É uma tarefa complexa porque o fumo contém, entre tantas substâncias, a nicotina, que é classificada como psicoativa e composta de materiais orgânicos ou produtos sintéticos que podem ser utilizados por qualquer via de administração e que produzem mudanças no sistema nervoso central do indivíduo, alterando o humor, o nível de percepção, ou seja, seu estado emocional e comportamental, bem como sua capacidade de aprendizagem. Geralmente, essas alterações proporcionam sensação de prazer (SOUZA, 2003).

O tabaco, por ser substâncias psicoativa, é uma substância que “[...] estimula o tônus mental” (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2001, p.5).

Assim sendo, recorrer ao uso dessas substâncias é, na verdade, uma estratégia defensiva para tentar modificar a percepção e as sensações, seja nas relações de trabalho, nas familiares, nas sociais ou em relação a si mesmo.

Enfim, fica clara a necessidade de intervenções que procurem a motivação dos fumantes para largar o cigarro, quer seja coletivamente ou individualmente, e os programas de cessação do tabagismo devem ser estruturados, mantidos, avaliados e atualizados para garantir o propósito para os quais foram criados. A UEL tem um projeto de extensão com o objetivo de ajudar os fumantes a deixarem de fumar. O projeto necessita ser mais difundido para que todos os que assim o desejem possam participar, sendo fundamental que a instituição HURNP divulgue amplamente a existência deste projeto.

Desta forma, são muitas as formas de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros do estudo. As estratégias abrangem mecanismos de defesa apoiados na religião, no inter-relacionamento entre os membros da equipe, na realização de atividades físicas, no afastamento do paciente e de seu familiar e no hábito de fumar.

Há um contraste, pois vivenciam atitudes saudáveis como atividade física e atitudes não saudáveis como o tabagismo. Esta diversidade evidencia as diferentes formas de enfrentamento frente ao sofrimento vivido no trabalho dos enfermeiros em UTIs.

6.4 QUARTA CATEGORIA – O PRAZER NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os resultados encontrados mostraram que, apesar de trabalhar em um ambiente tido como complexo, com ritmo acelerado de labor e com pacientes em estado grave, para os quais a morte muitas vezes é iminente, os sujeitos da pesquisa relataram que sentem prazer em muitas situações.

Entendendo que o prazer é uma experiência subjetiva e intrinsecamente relacionada aos processos de trabalho, retomamos os princípios da Psicodinâmica dejouriana para nos dar suporte na análise dos resultados.

Os princípios psicodinâmicos transcendem os padrões que relacionam a ordem observável das coisas. A racionalidade do aparato institucional e da liberdade visa relacionar os aspectos subjetivos do indivíduo com o trabalho uma vez que as relações humanas nas instituições ou empresas são influenciadas pela maneira como ocorre o processo organizativo do trabalho (MARTINS, 2002).

Este processo retrata, por um lado, a importância ímpar do trabalho na vida e, portanto, na saúde dos indivíduos e, por outro, a preocupação com o processo organizativo do labor, isto é, a divisão das tarefas e o conteúdo das mesmas. Esta divisão leva os homens a obedecer à divisão do trabalho e, na medida em que isto os afeta, torna-se responsável pelo prazer ou pelo sofrimento mental dos trabalhadores (DEJOURS, 1986).

Deste modo, é condição para se obter prazer no trabalho que ele se torne flexível, favorecendo ao trabalhador uma maneira de utilizar suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas (DEJOURS, 1994a).

Quando se leva em consideração as aptidões dos indivíduos, ocorre uma diminuição da sua carga psíquica e, quando possível, busca-se atingir um equilíbrio na carga laboral fatigante.

O prazer no trabalho nada mais é do que o resultado da descarga psíquica que a tarefa permite, o que está correlacionado a uma diminuição da carga psíquica do labor (DEJOURS, 1994a).

Quando ocorrer a compatibilidade entre o conteúdo das tarefas do trabalhador com os seus desejos inconscientes, a energia pulsional será sublimada, proporcionando prazer ao trabalhador (DEJOURS, 1994b; MENDES, 1994).

Assim sendo, o trabalho e a sublimação são operadores fundamentais para a saúde mental (DEJOURS, 1994b; LUNARDI FILHO, 1995).

6.4.1 Primeira Subcategoria – Cuidando do paciente

São várias as maneiras pela quais os entrevistados manifestaram as vivências do sentimento de prazer.

Um enorme prazer revelado pelos sujeitos acontece quando estão cuidando dos pacientes, conforme narrado a seguir:

[...] o que me dá um enorme prazer é que eu gosto de lidar com o ser humano, gosto de cuidar de gente. (E6)

É o cuidado que eu presto ao paciente, eu gosto de vê-lo e tentar ajudá-lo da melhor maneira possível. Quando você cuida de uma pessoa e vê que fez a diferença para essa pessoa, então você sabe que o cuidado não foi um cuidado excessivo, foi necessário e fez a diferença para vida daquele paciente. (E7)

É muito gratificante quando você cuida, quando você consegue tirar um paciente de uma parada cardíaca, quando tomou uma conduta boa e que fez uma atividade boa pro paciente. (E8)

O cuidado ao paciente em estado crítico é a essência do trabalho de enfermagem em UTI. A enfermagem presta cuidados de preservação, conservação e manutenção da vida, quando coloca praticamente todas as suas ações em função de manter o corpo do indivíduo sadio. Portanto, a enfermagem é compreendida como a arte e a ciência de pessoas que se relacionam e cuidam de outras (LUNARDI FILHO, 1995).

Foi com esse entendimento que os enfermeiros foram formados e, em seus cursos de graduação, aprenderam, de uma forma geral, que o cuidar é função primordial da enfermagem e, em UTIs, os cuidados do paciente são previstos, inclusive, no exercício profissional dos enfermeiros.

Na UTI, os trabalhadores de enfermagem têm a oportunidade de cuidar de pacientes em estado grave; essas tarefas possibilitam-lhe grande satisfação no trabalho, na medida em que permitem contatos mais diretos com o paciente. Esse contato com o paciente permite uma relação de troca entre eles, no qual ambos são beneficiados afetivamente e, ao desenvolverem as tarefas de cuidados, os enfermeiros têm o sentimento de estar ajudando o

paciente em estado grave a se recuperar. Isto proporciona sensação de serem úteis para os doentes (SHIMIZU, 2000).

O enfermeiro de UTI, ao ter a possibilidade de prestar assistência ao paciente, individualizada e muitas vezes integral, sendo esta assistência realizada juntamente com a equipe de enfermagem e englobando as tarefas tidas como mais complexas, sente que tem papel relevante ao embasar cientificamente o cuidado prestado ao paciente. Assim sendo, o enfermeiro está em consonância com os atributos valorizados durante sua formação acadêmica, como o cuidado a ser praticado no cotidiano de trabalho (PADILHA, 1994; SHIMIZU, 1996).

Os enfermeiros de UTI, quando motivados pelo seu desempenho satisfatório em relação à sua prática de assistir aos pacientes em estado crítico, sentem-se com disposição e vontade para aumentar a sua produtividade no trabalho. Porém, devem ser motivados no seu trabalho não somente com o intuito de aumento da produção de serviço. O objetivo primordial é o produto do trabalho de enfermagem que é o cuidado, levando à promoção e à recuperação da saúde, sendo que esse cuidado deve sempre estar diretamente ligado à qualidade e não à quantidade, para não desenvolver sobrecarga psíquica e física nesses profissionais (MIRANDA, 1998).

Cabe, então, proporcionar um trabalho no qual o planejamento seja flexível e as tarefas divididas de acordo com as funções de cada membro da equipe de enfermagem, não sobrecarregando ninguém e proporcionando aos enfermeiros a oportunidade de cuidar mais diretamente do paciente, visto que isto lhes traz prazer no trabalho.

Quando o enfermeiro intensivista pode executar o cuidado e não se torna “escravo” da tecnologia, ele resgata a natureza humana, vê o paciente como um ser holístico, pois seu estado emocional, na maioria das vezes, está tão comprometido quanto o seu físico (BARRA; NASCIMENTO; MARTINS, 2006).

Em estudo realizado para identificar os sentimentos da equipe de enfermagem sobre prazer e sofrimento em UTI, foram encontrados dados idênticos aos nossos, ao ser desvelado que, para os trabalhadores de enfermagem, a realização do cuidado transcende o entendimento de executar as tarefas em si. O prazer está em cuidar com humanidade e ao mesmo tempo é uma forma de colocar em prática seus talentos, potencialidades, habilidades, ou seja, a objetividade da ação, mas também proporcionando um entrar em sua subjetividade, tornando este

cuidar mais completo para o paciente e o profissional de enfermagem. Construir ou reconstruir o prazer no trabalho inicia-se com o exercício de tornar dignificante sua própria vida, resgatando os sonhos e transformando os obstáculos em oportunidades de crescimento e de aprendizagem, dentre outros (MARTINS; FARIAS, 2002).

Dejours (1986) corrobora com esse pensamento ao afirmar que o bem-estar psíquico é a liberdade que é proporcional à aspiração de cada indivíduo na organização da sua vida e de seu bem-estar social, liberdade de poder agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si.

Desta maneira, acreditamos que os entrevistados, ao terem prazer no cuidado com o paciente, estão tendo a oportunidade, a liberdade e a flexibilidade para regular suas tarefas no trabalho por eles desenvolvido.

Por fim, destacamos a concepção sobre o cuidar, ou seja, deve-se compreender o cuidado humano como aquele que não pode ser prescrito e não segue receitas, ele é vivido, sentido e exercitado, é inegavelmente necessário e tem suas raízes na história da enfermagem e da mulher, trazendo prazer aos profissionais quando é realizado (WALDOW, 2001).

6.4.2 Segunda Subcategoria – Envolvendo-se com a família

Notamos que os enfermeiros gostam de trabalhar com os familiares, sendo que um deles despertado para a importância da família após ter tido uma experiência de ser mal atendido quando teve seus familiares internados. Passou, então, a compreender que o familiar é também um ser humano que sofre e necessita do atendimento do enfermeiro, da equipe de enfermagem e de saúde.

O prazer ao envolver-se com as famílias é demonstrado nas expressões a seguir:

[...] eu pelo menos gosto muito de dar assistência à família porque eu vivenciei isso com a minha família e fui muito mal atendido, então aprendi esse lado humano, tanto que, por exemplo, quando eu atuava no serviço noturno não tinha hora para entrar, eu liberava a hora que eu queria a hora que a família queria. Então, até havia um comentário dos funcionários que depois que alguém da minha família passou na UTI eu mudei o comportamento, foi uma coisa que até eu não percebi, mas depois eu constatei que realmente tinha mudado, esse lado da humanização, de evitar

o sofrimento da família, passar mais informações possíveis, chamar a família para ver, pra ela poder entender o que está acontecendo. (E2)

Eu adoro trabalhar com as famílias, explicar a eles o que está se passando com o paciente, é a continuidade da assistência ao paciente, não é? (E4).

A UTI é um ambiente desconhecido e estigmatizado e, desta forma, os familiares dos que ali são internados vivem o medo do desconhecido e o da morte. Assim, é fundamental que o enfermeiro, que tenha a habilidade de falar com os familiares, o faça sempre que possível, de modo a diminuir-lhes a insegurança, o medo e os temores e prestando, assim, assistência não só ao paciente mas a todos os envolvidos com o doente.

Para os familiares, algumas vezes, a angústia é tão grande que eles podem chegar a exigir mais cuidados do que aqueles necessários ao próprio paciente. Em estudo realizado em UTI, com a equipe de enfermagem, os resultados mostraram que os familiares têm a equipe de enfermagem como referencial, ou seja, eles vêem a equipe como a mais apta para esclarecer dúvidas sobre o estado de saúde dos pacientes. Para a equipe, essa confiança recebida dos familiares é extremamente gratificante (SHIMIZU, 2000).

A percepção que os familiares têm a respeito das UTIs está diretamente relacionada à questão da morte. Está em poder da enfermagem, enquanto profissão que enfatiza o atendimento personalizado e holístico, a função de prestar informações para a compreensão dos familiares sobre a internação em UTI, proporcionando um atendimento humanizado, com o objetivo de tornar o ambiente menos agressivo e traumatizante para os familiares (LE MOS; ROSSI, 2002).

Assim sendo, constata-se ser fundamental uma assistência de enfermagem que atenda a necessidades básicas que envolvam segurança e confiança dentro do contexto de internação, tanto por parte dos familiares como, também, por parte do paciente.

Na fala de E2, evitar o sofrimento por transmitir mais informações é uma maneira de humanizar o atendimento.

Ações simples como o toque, a conversa, a informação técnica referente à unidade e informações sobre o quadro clínico são aspectos positivos para os familiares e pacientes, quando estes estão conscientes (LE MOS; ROSSI, 2002).

Com esse entendimento, é fundamental que o enfermeiro intensivista e a equipe de enfermagem e de saúde tenham a compreensão de que, se os familiares se sentem informados e participando dos acontecimentos, os benefícios são enormes, sendo um caminho no sentido de dar, à família, um entendimento acerca da qualidade da assistência que está sendo prestada, bem como de contribuir para diminuir a ansiedade dos familiares.

Estudo que identificou as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua em UTI demonstrou que os familiares, ao entrarem em uma UTI, ficam chocados com o cenário e saem desesperados e chorosos, sem receber, muitas vezes, uma explicação ou um consolo por parte da equipe multiprofissional (LEITE; VILA, 2005).

Somente permitir a entrada da família na UTI não é o suficiente; é necessário acompanhá-la, identificando e esclarecendo suas dúvidas, observando as reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo seus sentimentos. Há que se reconhecer que a família está ansiosa, sente-se isolada, com medo da morte e sem controle da situação (SILVA, 2000).

É importante que o enfermeiro intensivista esteja atento à sua função de orientação e, também, ao seu papel de intermediador entre o paciente e sua família, em um ambiente que é estressante para ambos (DOMINGUES; SANTINI; SILVA, 1999).

A orientação e a informação tranquilizam a família, pois esta tem suas dúvidas esclarecidas e sente-se mais segura e confiante (KURGANT, 1991).

Desta forma, fica evidenciado que o prazer que E2 e E4 tem, ao estabelecer o que eles denominam de assistência ao familiar, é uma necessidade fundamental para a família. Esta assistência oferece possibilidades de transmissão das informações, que não devem ser estanques ou somente voltadas para o funcionamento da unidade, sendo necessário trabalhar com as questões emocionais destes familiares, informar qual o quadro clínico do paciente e, em caso de alta, prestar orientação sobre a possibilidade de haver ou não seqüelas.

Assim sendo, o enfermeiro que está assistindo aos pacientes nas 24 horas é o principal responsável por prestar assistência também ao familiar, levando em consideração seus sentimentos, sua cultura, seus direitos e crença, entre outros. Isto valoriza o profissional de enfermagem e o leva a ocupar seu espaço próprio no contexto da saúde e, em especial, no de UTI.

O sentimento de importância leva-nos à dedicação ao próximo, a participar das buscas, de seus sofrimentos, de seus afetos, de seus avanços e de seus fracassos e limites. Assim, o prazer no trabalho é possível ao se criar vínculos positivos, pois pessoas que trabalham infelizes não criam vínculos, sentimentos, não buscam a humanização e então são consideradas doentes e precisam ser acolhidas e cuidadas, para que possam cuidar dos outros (LIMA; OLIVEIRA; CADE et al., 2005).

Ainda sobre a fala de E2, destacamos que necessitou passar por uma dificuldade, como familiar de paciente internado, para ter despertada em si a necessidade de compreensão das vivências do familiar.

Pesquisa realizada para avaliar a vivência do enfermeiro em equipe de UTI encontrou dados análogos aos nossos; os autores perceberam que a vivência de familiares dos pacientes internados na UTI é elemento causador de influência positiva na prática do enfermeiro, tornando-o mais humano, levando a aprender a se colocar no lugar do outro e, com isto, tornando-se mais sensível e amadurecido (FIGUEIREDO; STEIN, 2004).

A compreensão é fundamental à existência humana, é uma possibilidade do ser no mundo, compartilhada com os outros e o ser constitui-se sendo-no-mundo (HEIDEGGER, 2004). Desta forma, o homem procura compreender-se em seu próprio mundo e, a partir deste, compreender o seu semelhante.

6.4.3 Terceira Subcategoria – Trabalhando em equipe

Nos depoimentos, constatamos que os enfermeiros vivenciam sentimentos de prazer ao realizar o trabalho com a equipe; fica evidenciado que, nestas condições, o labor é desenvolvido com maior tranquilidade e, assim, traz benefícios para os pacientes:

E a equipe que eu trabalho é uma equipe muito alegre, muito animada, então é assim, não existe aquele clima pesado, aquele clima ruim, é um clima de alegria, é um prazer trabalhar com minha equipe [...] é bom para os pacientes. (E1)

[...] esse é prazer muito grande, uma realização pessoal, você conseguir fazer com melhor qualidade, você ter uma equipe tranquila, uma equipe que se sente bem com você e realiza o melhor serviço. (E2)

[...] outra coisa que é um saldo muito positivo, que dá prazer, é a equipe que a gente trabalha a gente já aprendeu a aceitar um ao outro, conviver principalmente com os defeitos porque conviver com as qualidades é fácil.
(E5)

Essas falas encontram consonância nas concepções acerca do trabalho em enfermagem que atribuem aos enfermeiros o planejamento das atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Esta deve estar sob a liderança do enfermeiro, para que assim possa ser desenvolvido o trabalho com eficiência e qualidade, tendo por objetivo satisfazer as necessidades da equipe, dos pacientes, dos familiares e da instituição (WILLIG; LENARDT, 2002).

Quando o enfermeiro permite que haja uma interação efetiva entre chefia e equipe, na qual se é compartilhada e estimulada a participação dos membros da equipe de enfermagem nas decisões, propõe-se desafios e não respostas prontas dividindo-se o poder e o *status*. Estes comportamentos geram o comprometimento da equipe e, conseqüentemente, proporcionam a melhoria do cuidado ao paciente (WILLIG; LENARDT, 2002).

Nesta mesma linha de pensamento, tem-se que o trabalho em equipe deve propiciar a comunicação contínua entre os membros, deve ser dinâmico, participativo, integrador e flexível e, ainda, aberto, democrático e cooperativo, sendo que os indivíduos devem ter o senso de autonomia, sem perder a concentração no objetivo comum (DEJOURS, 2000, 2004b; GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004).

Ao analisar as falas dos entrevistados, podemos deduzir que esses enfermeiros têm uma visão de trabalho em equipe na qual o humanismo, o compartilhar e o aprender a conviver com as diferenças de cada um é uma prática vivenciada por eles. No entanto, como já discutido anteriormente, esta mesma equipe pode, em outros momentos, significar sofrimento no trabalho.

Estudos desenvolvidos com a equipe de enfermagem apresentaram resultados comuns aos nossos, quando os trabalhadores de enfermagem afirmaram que, para alcançar os objetivos do trabalho em UTI, há necessidade de se respeitar a hierarquia, a divisão de funções e ter disposição para ajudar e partilhar os conhecimentos adquiridos com os colegas, trabalhando em equipe (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

A gerência, quando pautada no humanismo, leva em consideração o respeito e a integração dos valores humanos, ou seja, as necessidades das pessoas e do trabalho, visualizando o trabalhador como um indivíduo atuante no processo organizacional, com potencial para desenvolver seu papel e participar das tomadas de decisão. Assim, a organização do trabalho é flexível e adaptável, ocorrendo maior confiabilidade nas interações, propiciando o crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que o trabalhador se sinta mais motivado, reconhecido e participativo na equipe de enfermagem (CIAMPONE, 2002).

Para que aconteça um trabalho em equipe, a união deve estar sempre presente e a comunicação tem que ser efetiva, pois ela é fundamental para trocar idéias, ela se faz necessária em todos os aspectos das ações e relações laborais cotidianas e, por meio dela, pode-se desenvolver a compreensão e o respeito mútuo, tão indispensáveis no trato com os colegas de trabalho e com o paciente e seus familiares (KRON; GRAY, 1994).

Estudo realizado com o objetivo de identificar o significado do cuidar em UTI por enfermeiros, o resultado apontou a importância do trabalho em equipe pois ele propicia a ajuda mútua e o companheirismo, seja na hora de cuidar do paciente, seja na hora de cuidar de um colega (LUCENA; CROSSETTI, 2004).

A enfermagem, para desenvolver o cuidado, necessita de um trabalho em equipe; esta forma de trabalhar é entendida como uma maneira de compartilhar as diversas tarefas a serem desenvolvidas, ou seja, o cuidar é realizado por muitas mãos (CROSSETTI, 1997).

É responsabilidade do enfermeiro estar atento a todos os componentes de sua equipe, na qual uns cuidam dos outros e todos cuidam do paciente, desenvolvendo o espírito de coleguismo, de motivação, de respeito às individualidades, às crenças e à subjetividade que é inerente a cada um.

Assim, o prazer é somente uma consequência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente, com respeito a cada ser humano, com as características que lhe são particulares (DEJOURS, 2004b).

Cabe ainda ressaltar que cada equipe é única, cada momento tem suas peculiaridades, cada situação ou problemas apresentados são também únicos, não sendo possível estabelecer uma receita ou um modo de trabalhar em equipe igual para todos. O trabalho coletivo está sempre diante de obstáculos e desafios que, permanentemente, devem ser administrados e superados.

6.4.4 Quarta Subcategoria – Constatando o resultado do trabalho desenvolvido

As falas revelam os sentimentos de prazer que o enfermeiro vivencia quando tem a percepção que o seu trabalho teve resultados satisfatórios, em especial quando outros já não acreditam na possibilidade do paciente sair do quadro em que se encontrava; é o que está evidenciado nas expressões a seguir:

É você ver o paciente melhorando, a gente sabe que ele tem prognóstico ruim, ele tem tudo pra ficar bom e por mais que os outros falem que ele não vai ficar bom, a gente como também trabalha há muito tempo sabe das chances [...] então a gente vê o paciente melhorando, acordando, se comunicando com a gente entende? Então essa é a parte prazerosa [...] tem paciente que fica seis, sete meses aqui, e a gente vê indo embora para casa, então o trabalho não foi à toa. (E1)

O prazer é muito grande, principalmente quando a gente vê um paciente melhorando, os doutores falam: olha é muito difícil de melhorar esse quadro; mas, você vai vendo uma resposta dele e aí, quando ele sai de alta, é muita festa, você sente que o trabalho valeu a pena, o seu trabalho. (E3)

[...] me dá prazer aqui na UTI é quando eu chego aqui, vejo que o paciente saiu do respirador, ouvir a voz do paciente, é uma coisa que dá até arrepio de falar [...] valeu o esforço do nosso trabalho. (E5)

O que me dá prazer também na UTI é ver o paciente melhorar, mesmo que às vezes o índice, o percentual não seja dos mais altos, mas quando a gente vê progressos no paciente, então isso me dá bastante prazer. (E6)

Ao se pesquisar trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI, foram encontrados resultados semelhantes aos de nosso estudo, ou seja, a recuperação do indivíduo hospitalizado é um fator de prazer para o enfermeiro, ratificando a concepção de que a finalidade de qualquer trabalho é o objetivo final do mesmo, a transformação desejada e seu produto final. Para a enfermagem, constar a recuperação de um paciente é motivo de prazer, pois os membros da equipe, de algum modo, contribuíram para essa recuperação e isto proporciona gratificação e satisfação emocional. A recuperação do paciente hospitalizado está atrelada ao valor humano atribuído ao trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo em que a subjetividade no momento da criação, a transformação do próprio pensamento, é característica de cada trabalhador e se materializa na ação do seu fazer (MARTINS; FARIA, 2002).

Desta forma, o prazer pela recuperação do paciente é uma manifestação que pode ser interpretada como a recompensa pelo trabalho realizado,

não material, mas que invade a alma de prazer ao ver seu objeto transformado, ou seja, o projeto arquitetado foi atingido (MARTINS; FARIA, 2002).

É assim que os enfermeiros entrevistados sentiram-se, com prazer, ao se depararem com a recuperação de pacientes; eles sentiram que foram profissionais importantes para que isso pudesse acontecer. É a transformação do trabalhador no momento da execução de uma tarefa, encontrando nesta o sentimento de prazer.

Ainda diante das falas dos pesquisados, fica claro o pensamento de que o trabalho gera benefícios ao trabalhador por meio da organização do trabalho, ou seja, as expectativas geradas no labor, quando alcançadas, despertam vivências de prazer; é a possibilidade de mudança real do indivíduo ao realizar uma ação e encontrar prazer na mesma (BECK, 2001; DEJOURS, 1999).

Uma das grandes motivações para o trabalho na enfermagem é a necessidade de se sentir útil e de ajudar na recuperação de pacientes. A perspectiva de estar realizando alguma coisa de utilidade, de ajuda ao paciente, confere prazer ao enfermeiro. Apesar da constatação de que o trabalho em enfermagem é desgastante, por envolver situações críticas, nas quais um ser humano pode estar sofrimento, ou ter algum membro mutilado, ou, até mesmo, morrer, ainda assim, há um prazer neste trabalho que está intrinsecamente relacionado com a execução de atividades assistenciais, como a ajuda a pessoas doentes, apoio e promoção do bem-estar geral e acompanhamento de sua recuperação (LUNARDI FILHO, 1997).

No dia-a-dia do cuidado ao paciente em estado crítico, os trabalhadores de enfermagem lutam contra a doença dos que estão sob seus cuidados. Desse modo, quando esse tipo de paciente se recupera, sentem-se vitoriosos e conseguem vivenciar sentimentos de prazer no labor (SHIMIZU, 2000).

Por meio das verbalizações dos enfermeiros pesquisados, podemos supor que a vivência de prazer decorre da influência que vida e morte exercem na subjetividade dos enfermeiros, uma vez que definem o prazer diante dos esforços, do trabalho ou do sucesso da execução das tarefas, ou seja, do resultado do esforço para recuperar o paciente.

Desta forma, podemos concluir que a dinâmica originada no espaço de trabalho dos enfermeiros em UTIs, que vivenciam o sofrimento diante das limitações e da morte, quando há recuperação da vida, é recompensada pelo prazer advindo do sucesso por meio da cura.

Nosso pensamento é corroborado pela afirmação de que o enfermeiro, na utilização de sua competência, busca manter a sobrevivência do paciente; assim, um sentimento de utilidade na luta contra a morte e o sucesso decorrente das atividades com resultados positivos na recuperação do paciente gera-lhe sentimentos de prazer (LINHARES, 1994).

6.4.5 Quinta Subcategoria – Recebendo reconhecimento pelo trabalho realizado

Surtem expressões que demonstram o prazer que os enfermeiros vivenciam quando os pacientes e familiares retornam após a alta para agradecer, bem como o reconhecimento do que realizou pelos colegas de trabalho, como é revelado nas falas a seguir:

É um prazer muito grande quando um colega reconhece e valoriza o que você faz. [...] tem bastante paciente que volta pra rever a gente, agradecer, um simples obrigado já é tudo, tem gente que volta com presente, inclusive é coisa que a gente não espera, nem a equipe, porque como nós trabalhamos em UTI, é um setor onde os pacientes não gostariam de recordar [...]. (E3)

É um prazer quando retornam para nós principalmente os pacientes neurológicos, que saem sonolentos, com déficit motor, não conseguindo verbalizar e eles voltam para conhecer onde ele esteve ali por meses conosco. Então isso é muito gratificante, ele reconhece as pessoas, ele fica meio que pasmo em saber, agradecido, isso é muito prazeroso para nós. Também quando um outro colega da equipe fala que o trabalho que eu realizei foi importante, então ele está reconhecendo o que eu fiz. (E4)

A gente batalhar pelo paciente, de repente você vê o paciente aqui na porta da UTI junto com a família, eles vem te dar um abraço veio para falar como está bem que saiu de cadeira de rodas e hoje estou aqui em pé, pra poder ver vocês, esse é motivo de prazer ver o reconhecimento que o paciente tem do que foi feito por ele, às vezes temos que segurar para não chorar de emoção, de alegria [...]. (E5)

Oportuno destacar que, no momento destas falas, enquanto pesquisadora, tive que me controlar muito, para não chorar junto com eles, pois os entrevistados ficaram emocionados e alguns até choraram contando as várias experiências de reconhecimento pelo trabalho. Como ser humano e enfermeira, fiquei orgulhosa de ver que o enfermeiro, bem como toda a equipe de enfermagem, é reconhecido pelo trabalho que desenvolve.

Quando o trabalho é reconhecido pelos usuários dos serviços de saúde, pelos membros da equipe, pela instituição, pelos familiares e pela sociedade em geral, o trabalhador entende a sua importância como cidadão e trabalhador de saúde. Percebe o grande valor e a importância de seu labor. Reconhece que, apesar da energia despendida, “valeu a pena”.

Em estudo já citado anteriormente, foram encontrados resultados iguais aos nossos, ou seja, o profissional de enfermagem sente prazer ao ser reconhecido pelo próprio paciente; nas falas de seus entrevistados, é afirmado que, quando o paciente volta para abraçar, é muito bom, é uma alegria para todos, e há também os que retornam para trazer um presente, isso é visto como gratificante para a equipe (SHIMIZU, 2000).

Também este resultado foi desvelado em pesquisa realizada por Linhares (1994), na qual o prazer foi verbalizado pelos enfermeiros de UTI quando há o reconhecimento profissional, quer seja pelos seus pares, pelos familiares, pelos pacientes ou pela própria instituição.

O reconhecimento é, então, o processo de valorização do esforço e até do sofrimento investido para a realização do trabalho, quando propicia o crescimento das características próprias do indivíduo (MENDES, 2007).

Assim, a organização do trabalho, quando proporciona a auto-realização e o reconhecimento do esforço investido na tarefa, ocasiona também o prazer (DEJOURS, 1992, 1997, 2000, 2004b; MENDES, 2007).

O reconhecimento passa pelo julgamento do outro. Isto significa que o trabalho passa inicialmente pelo prazer. É a ação que será primeiramente julgada, sendo ela fruto de experiência, habilidades e competências teóricas e práticas. Quando o seu fazer é julgado, o seu ser indiretamente também o é; desta forma, o reconhecimento terá grande impacto no processo de identificação com o trabalho e, conseqüentemente, de fortalecimento do indivíduo (VÉZINA, 2000).

Este reconhecimento fortalece e, às vezes, é responsável pela identidade social do trabalhador; neste sentido, o trabalho supõe uma ação coordenada de pessoas que se complementam, se opõem, combatem ou concordam com a organização do trabalho, não passando só pela técnica, mas também pela ética, pelas crenças e pelos valores (MENDES; ABRAHÃO, 1996).

O reconhecimento é decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade, o que é chamado de motivação no trabalho. Este

reconhecimento, quando reconduzido pelo indivíduo ao plano da construção de sua identidade, traduz-se efetivamente por sentimento de alívio e prazer e, às vezes, de leveza da alma ou até de elevação. O trabalho inscreve-se então na dinâmica do ego (DEJOURS, 2000).

Em estudo citado anteriormente, identificou-se que o reconhecimento pelo trabalho gerou sentimentos de prazer na equipe de enfermagem quando o paciente dá um retorno, por meio de gestos, atitudes ou palavras (LUNARDI FILHO, 1997).

Tem-se ainda que:

sem o reconhecimento e/ou a gratidão, o significado transportado do eu, do doar-se, cuidando do outro, funde-se em contradição com a objetividade do trabalho. É como se fundisse o ser enquanto ser no mundo, dotado de significados com o próprio mundo ou um “ser pelo mundo”, não sobrando espaço para o prazer que é invadido pela obrigação em doar-se, sem nada receber (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999, p.105).

Assim, é de fundamental importância que o trabalhador seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, quer seja pelos pacientes e seus familiares, quer seja pela equipe de trabalho ou pela instituição ou, ainda, pela sociedade. Desta maneira, o trabalhador sente que há contribuição em seu trabalho, seja por meio de suas competências e habilidades ou por sua paixão e seu envolvimento. Esta contribuição está diretamente relacionada com a organização do trabalho, bem como com a constituição da subjetividade própria de cada um (MARTINS; ROBAZZI, 2006; MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

6.4.6 Sexta Categoria – Identificando-se com a profissão

Os enfermeiros exteriorizaram que gostam do local em que trabalham, que sentem prazer e que amam trabalhar em UTI, ou seja, há uma identificação profissional com o local de trabalho, conforme desvelamos nas falas a seguir:

[...] eu gosto de trabalhar aqui, amo aqui. (E4)

É um prazer muito grande trabalhar na UTI, porque eu amo isso. Não saberia trabalhar em outro local. (E7)

Em estudo já citado, foi identificado que os entrevistados expressaram o quanto gostavam do que faziam, que sentiam prazer, tendo alguns chegado a verbalizar que não saberiam fazer outra coisa. Porém, faziam uma reflexão no sentido de que é possível tornar-se cristalizado no trabalho, a ponto de não saberem se seriam capazes de se imaginar em outra atividade laboral. Ao escolherem a profissão de enfermagem, estavam também determinando e aceitando um futuro. Desta forma, construíram uma representação profissional, cuja reconstrução requer uma ampla consciência sobre o real e o possível (GONZALEZ; BECK, 2002).

Na prática profissional, os enfermeiros desencadeiam o processo motivacional que atribuem à enfermagem e, assim, o que fazem tem enorme importância em suas vidas, gerando vivências de satisfação (CUNHA, 1994).

O indivíduo precisa escolher a profissão, isto é, trabalhar em uma área que goste, que realmente deseje e, para isto, há necessidade da ressonância simbólica (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994b).

Cada enfermeiro identifica-se com uma clínica que lhe propicia o sentimento de utilidade e não o de impotência. Esta identificação depende das características de personalidade e, conseqüentemente, do sentido que o trabalho assume para cada um; porém, muitas vezes, não é possível atender a escolha de todos (LINHARES, 1994).

Esse pensamento é reforçado por Seligmann-Silva (1994a), Dejours (2004b) quando referem que o prazer, o bem estar do trabalhador, está associado à escolha do seu local de trabalho que, por conseguinte, vincula-se às suas características de personalidade.

Enfim, acreditamos que os enfermeiros pesquisados, ao verbalizarem que amam e gostam de trabalhar em UTI, encontraram motivação, realização profissional e maleabilidade na organização do trabalho, ou seja, espaço para fazer o que gostam; também mostraram sentir-se realizados, com sua identidade profissional e pessoal construída e, assim, o trabalho passa a ter significado ímpar para estes profissionais.

Corroboramos com nosso pensamento a afirmação de que o trabalho, enquanto valor de uso é uma construção de significado pessoal, individual e intransferível, pois a maneira, a dedicação e o empenho que cada trabalhador

investe em seu trabalho são diferentes (CODÓ; HITOMI; SAMPAIO, 1993; DEJOURS, 2000).

7 COMPREENDENDO A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O TRABALHO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Neste momento, são resgatados os principais resultados expressos por meio das quatro categorias analíticas e retomados os aspectos mais significativos do referencial teórico de Dejours que propiciaram o aprofundamento do estudo referente aos sentimentos de prazer-sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas no trabalho entre enfermeiros de UTIS.

Ao buscar o significado do trabalho em UTIS, surge a primeira categoria analítica que, pelos depoimentos dos sujeitos, envolve o gerenciamento do trabalho nesta unidade. Neste gerenciamento, os entrevistados consideram essencial o cuidado e a administração da assistência ao paciente, envolvendo a organização e o planejamento das tarefas e dos recursos humanos, a administração tanto da equipe de enfermagem quanto, muitas vezes, de toda a equipe de saúde também, bem como administrando os equipamentos e os recursos materiais.

Os enfermeiros apontaram como fundamental, para que o trabalho possa fluir da melhor maneira possível, que eles assumissem as funções gerenciais. O enfermeiro, exercendo a responsabilidade da gerência de UTIs, busca que, ao final do trabalho, além do resultado, que já estava internalizado na sua imaginação como sendo aquele direcionado ao cuidado do paciente em estado crítico, ele também tenha dado conta de dar resolutividade às tantas outras atividades necessárias para o bom funcionamento de uma UTI. Ou seja, ele tem, à sua frente, o seu objeto de trabalho, o paciente em estado crítico, e os meios e instrumentos com os quais trabalha. Muitas vezes, estes instrumentos e meios falham ou faltam, sobrecarregando o profissional e permitindo o exercício apenas parcial da sua autonomia. Esta sobrecarga de tarefas leva o enfermeiro, por vezes, a ser mero executor de tarefas, necessárias para que aconteça o cotidiano laboral, deixando de exercer as atividades gerenciais a ele atribuídas.

Dejours (1993a) ressalta que o trabalho, na visão da Psicodinâmica, é pautado em situações da realidade cotidiana dos trabalhadores, isto é, a organização do trabalho e do ser humano não é um conjunto rígido, mas está em movimento contínuo. A estabilidade aparente dessa relação está diretamente ligada a um equilíbrio livre, permitindo abertura à evolução e às transformações, isto é, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento. Se esta estabilidade for travada,

bloqueada ou tender à permanência, pode surgir ineficiência na produção e, com isto, a qualquer instante, uma ruptura nesta produção pode sobrevir.

No trabalho do enfermeiro de UTI, tanto o equilíbrio livre e aberto quanto a estabilidade são relevantes, pois as freqüentes dificuldades e instabilidades podem levar à ruptura da produção laboral.

As dificuldades que surgem quando gerencia o trabalho em UTIs fazem com que o enfermeiro busque formas diferentes das prescritas que lhe proporcionem um poder de ação otimizado na organização gerencial real do labor. Para que sejam alcançados os objetivos, muitas vezes, há necessidade da introdução de controles menos rígidos, reajustamentos e improvisações importantes, não previstos no plano prescrito inicialmente.

Assim, o enfermeiro faz uso da inteligência prática ou astuciosa, citada por Dejours (1993b, 2004a), que tem raiz no corpo, na percepção e na intuição dos trabalhadores e tem como fundamento a ruptura com as regras e as normas, ou seja, é uma inteligência que transgride o trabalho prescrito e funciona para atender aos objetivos de produção, com procedimentos que julga serem mais eficazes que aqueles impostos pela organização do trabalho.

O fato de ser função do enfermeiro o gerenciamento do trabalho em UTIs, muitas vezes, pode provocar seu afastamento das atividades assistenciais. Neste estudo, observamos que este fato não aconteceu, ao menos, não durante todo período de trabalho. Ao analisarmos as falas dos entrevistados, percebemos que o ato de gerenciar, para alguns sujeitos, não significou a burocratização do seu trabalho, ficando desvelado que prestam cuidados aos pacientes, em especial, os cuidados mais complexos.

No entanto, os entrevistados expressaram um destaque para os equipamentos, ou seja, os enfermeiros, quando convivem com equipamentos obsoletos e/ou os de última geração, vivenciam sentimentos de sofrimento, pois esses equipamentos ora funcionam, ora não funcionam, apresentando-se inativos com freqüência. Assim, desses profissionais é exigido que estejam sempre alertas, mesmo em relação aos aparelhos que estão em funcionamento, pois a tecnologia é ímpar para salvar vidas, podendo criar resoluções de problemas, atendendo ou mantendo a vida do ser humano, quer seja no tratamento, no diagnóstico ou no bem estar, dentre outras funções.

Desta maneira, a tecnologia deve ser parceira dos trabalhadores e não causar ansiedade, medo e sofrimento. Ela é fruto de um conhecimento científico, apresenta aplicabilidade e foi criada para solucionar problemas, não para criá-los.

Merhy (1997) relata que os trabalhadores em saúde devem utilizar toda a tecnologia já incorporada e as que ainda estão por vir, nos serviços de saúde. No entanto, reforça a questão da utilização das tecnologias das relações, ou seja, o que ele chama de tecnologias leves, o jeito e a atitude própria de cada ser humano.

Na medida em que o enfermeiro tem a oportunidade de prestar o cuidado e de coordenar e planejar a assistência, a equipe de enfermagem e os recursos materiais têm o domínio do que está acontecendo ao seu redor e tornam-se melhor equipados para atingir o resultado final esperado do seu trabalho.

De acordo com Padilha (1994), quando presta assistência ao paciente, o enfermeiro vivencia a aproximação da demanda psíquica, social e institucional. Desta forma, tem a oportunidade de diminuir a insatisfação e o eventual desajuste profissional decorrentes da função gerencial.

É necessário considerar a dinâmica interna da organização do trabalho, ou seja, a divisão das tarefas, em relação à produção, e a racionalidade dos comportamentos. Em uma abordagem renovadora, o labor não deveria mais ser reduzido somente a pressões físicas, químicas, biológicas, psicossensoriais e cognitivas, sob a denominação de condições de trabalho (DEJOURS, 1994a).

O trabalho possui três componentes irreduzíveis: a atividade produtiva, a coordenação entre os agentes e a mobilização subjetiva dos trabalhadores (DEJOURS, 1992).

A análise das entrevistas desta pesquisa possibilitou visualizar estes três comportamentos irreduzíveis: a atividade produtiva, ou seja, o cuidado ao paciente em estado crítico, a coordenação entre os agentes, expressa pelo trabalho da equipe de saúde, e a mobilização subjetiva dos trabalhadores, revelada pelos sentimentos de prazer e sofrimento.

A primeira categoria analítica tratou da atividade produtiva, do gerenciamento da UTI e do cuidado ao paciente em estado crítico, e já introduziu a chamada coordenação entre os agentes, pois trouxe, também, a gerência da equipe de trabalho e dos equipamentos e recursos materiais.

As outras três categorias analíticas expressaram a mobilização subjetiva dos trabalhadores, ou seja, os sentimentos de prazer e de sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas frente ao sofrimento.

Constatamos, neste estudo, algumas ambigüidades expressas pelos enfermeiros e relacionadas com o sofrimento e o prazer no cuidado e no estabelecimento de vínculos com os pacientes em estado crítico e com seus familiares e com o trabalho em equipe.

Para os enfermeiros, a tarefa de cuidar do paciente em estado crítico é a essência do trabalho em UTIs. Esse cuidado exige disposição e sensibilidade para entender e suportar a dor, o sofrimento e a morte iminente dos pacientes ali internados.

Ao mesmo tempo, o cuidado confere, também, o sentimento de prazer aos enfermeiros, pois ele lhes proporciona executar, no campo prático, as tarefas que estão em harmonia com o que idealizaram, seja individualmente, seja coletivamente, como a tarefa essencial de sua profissão. Esta idealização está relacionada, inclusive, ao conteúdo que lhes foi transmitido, enfaticamente, como prioridade, nos cursos de graduação.

A possibilidade de prestar cuidados aos pacientes proporciona a sensação de ser útil na medida em que são os enfermeiros que ajudam, servem, confortam e realizam esses cuidados que, muitas vezes, garantem qualidade de vida ao paciente, proporcionam sua cura e possibilitam uma eventual alta hospitalar precoce. Para Dejours (1997, 2000) ao considerar, experimentar, perceber e julgar que foi útil, ou seja, quando o trabalhador têm o sentimento de que serviu, que ajudou, que colaborou e auxiliou sente prazer.

Há também, nas falas, o relato de vivência do sentimento de sofrimento ao se prestar cuidado ao paciente em estado crítico, pois os enfermeiros foram preparados, nos cursos de graduação e culturalmente, para salvar vidas e, deste modo, consideram a morte como uma das situações mais difícil de ser enfrentada.

É freqüente que enfermeiros acompanhem o processo de morte de pacientes jovens e isto traz sofrimento a esses profissionais, pois, consideram que a vida foi interrompida abruptamente. Há, também, a possibilidade de identificação projetiva, que leva os profissionais de enfermagem a antever que o mesmo pode acontecer com parentes, amigos, filhos e até com eles mesmos. Ainda, é possível

que esses momentos irreversíveis tragam, ao enfermeiro, a lembrança da perda de pessoas que lhes foram importantes. Podemos, empiricamente, inferir que este fato ocorre por que os enfermeiros podem estar “admitindo”¹ os limites da capacidade profissional para lidar com a morte.

Há um outro destaque no sofrimento do enfermeiro, explicitado nos depoimentos que narram momentos nos quais os profissionais sentiram que foram incapazes e que sua competência foi insatisfatória, visto que, fizeram tudo que estava ao seu alcance, mas o paciente foi “afundando”², até morrer, quando consideravam que havia condições para salvá-los.

Para Dejours (2000), muitas vezes os trabalhadores se abalam e se desestabilizam, mesmo os mais experientes, pois atribuem as falhas à sua incompetência ou ao sistema técnico. Esse fato é fonte de perplexidade, de angústia e de sofrimento, que podem tomar a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações incertas, as quais sabem que são de sua responsabilidade.

Esta situação pode estar relacionada, também, com o questionamento da onipotência, peculiar ao profissional de saúde, já que sua formação lhe atribui a tarefa de salvar vidas. Quando isto não ocorre, ele vivencia o sentimento de frustração, de fracasso e de impotência. Mas, não há muito tempo para vivenciar o sofrimento da dor, o leito agora vazio em poucos minutos ou horas será ocupado por outro paciente. Assim, não há tempo para trabalhar o sofrimento, ele é forçosamente marginalizado e vai alojar-se na sua consciência e na subjetividade de cada um. É necessário agir, buscando forças para começar novamente, buscar salvar outras vidas.

Os enfermeiros de UTI criaram o mito da competência, pois dominam muitos conhecimentos técnico-biológicos que são exigidos em seu cotidiano e valorizados por eles próprios, por outros profissionais e indivíduos, de uma maneira geral. Tal competência existe, mas não lhes dá o monopólio do título de “super profissionais”, que os afastaria das questões de ordem subjetiva e existencial (URIZZI, 2005).

Esta citação nos remete, necessariamente, a uma reflexão sobre a construção dessa onipotência do enfermeiro que trabalha em setores

¹ Destaque do autor.

² Conforme fala do E1.

especializados, com alta complexidade e, talvez, mereça estudos mais profundos e mais constantes.

No desenvolvimento da tarefa do cuidar, também foi revelado que ocorrem sentimentos de ligação entre os familiares do paciente, os pacientes e os enfermeiros. A possibilidade de serem úteis aos familiares de pessoas internadas, bem como, a credibilidade no desenvolvimento de suas ações são assumidas, pelos enfermeiros, como vivências de prazer.

Entretanto, o contato com parentes de pacientes internados em UTIs também causa sofrimento para alguns enfermeiros, quando se deparam com a dor e o sofrimentos que essas pessoas sentem. Percebem o impacto proveniente do fato de que familiares de pacientes atribuem, ao enfermeiro e a equipe de saúde, a tarefa e o dever de cuidar de seu ente querido para que ele saia da UTI com vida e sem seqüelas. Os enfermeiros têm consciência que as probabilidades de que pacientes internados em UTIS fiquem com seqüelas ou morram são altas e, frente às expectativas dos familiares, muitas vezes, passam a experimentar sentimentos de sofrimento no trabalho.

Destacamos, também, que os trabalhadores de enfermagem são freqüentemente abordados por familiares de pacientes, visto que permanecem 24 horas no ambiente das UTIs. O médico intensivista, às vezes, age com atitude de salvador e conquistador da vida, colocando a família em um lugar passivo e de mero expectador. Desta forma, as constantes solicitações e dúvidas de parentes de pacientes acabam por recair sobre a enfermagem, desencadeando sentimentos de sofrimento.

A ambigüidade entre prazer e sofrimento experimentados por enfermeiros quando em contato com familiares de pacientes, durante o cumprimento de sua tarefa de cuidar, é identificada, nas expressões dos sujeitos da pesquisa, como uma fonte de sobrecarga psíquica no trabalho que os leva ao desprazer. Por outro lado, ocorre prazer quando há reconhecimento, por parte desses familiares, pelo trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem.

O reconhecimento no labor é desvelado quando os enfermeiros referem sentir prazer ao serem valorizados e reconhecidos pelas ações que desenvolvem, tanto pelos colegas, como pelos pacientes e seus familiares.

Verificamos, nos depoimentos dos pesquisados, que o trabalho em UTI é árduo mas, entretanto, também é muito prazeroso para os enfermeiros,

especificamente quando um paciente em estado grave tem melhora em seu quadro clínico, e mais ainda, quando o paciente e o familiar expressam o reconhecimento pelo que foi realizado. Foi relatado que alguns pacientes voltam para agradecer a assistência recebida e este agradecimento é motivo de vivenciar prazer, pois faz aflorar o sentimento de que seu trabalho foi reconhecido e valorizado. Também sentem vivências de prazer quando o seu colega reconhece o que foi realizado por eles.

A valorização e o reconhecimento do esforço que cada um faz para realizar o trabalho e participar do coletivo fortalecem a identidade psicológica e social do trabalhador, reafirmando as referências internas e facilitando a convivência com as diversidades, de forma a produzir ações com mais poder de transformação do que o das ações individuais. O reconhecimento das contribuições singulares desempenha um papel essencial na conjuração da violência entre os seres humanos. O reconhecimento do fazer confere, como acréscimo àquele que dele se beneficia, o sentimento de pertencer a um coletivo, a uma equipe ou a um ofício (DEJOURS, 2000, 2004a),

A falta de reconhecimento, ao contrário, leva a um sentimento de exclusão, de falta de pertencimento ao trabalho. No estudo, os enfermeiros de UTIs expressaram também a presença deste não reconhecimento, manifestado quando não constatarem que o esforço que despenderam é reconhecido, seja durante seu período de atuação, pelos colegas, seja por ocasião da passagem de plantão. Isto gera sentimento de sofrimento, identificado com a sensação de que as condutas tomadas e os esforços despendidos não foram valorizados.

O trabalho, quando não reconhecido, deixa de operar como fator fundamental para a construção do seu sentido e, portanto, não possibilita obter identidade, continuidade e historização (DEJOURS, 1999; SHIMIZU, 1996).

Em relação aos vínculos com os pacientes, por se tratarem de pessoas que ficam internadas por muito tempo, os enfermeiros acabam estabelecendo com eles uma aproximação maior. Esse fato é importante para o cuidar mais humanizado, porém, há que se estabelecer limites, pois, ao constituir o vínculo, o enfermeiro corre o risco de projetar o sofrimento para si mesmo, misturando os sentimentos. Alguns assimilam o sofrimento, como evidenciado ao verbalizarem que vão à igreja e rezam pelos pacientes, telefonam para a UTI, quando nela não estão atuando, com a finalidade de receber informações a respeito

de pacientes, ou seja, pensam nos pacientes mesmo quando estão fora do ambiente de trabalho.

Os vínculos com os pacientes, pelas expressões registradas, são fortes e, possivelmente, contribuem para a manutenção do caráter humanitário e religioso, implícito na história da enfermagem. O fato dos pacientes encontrarem-se frágeis e praticamente dependentes faz com que os enfermeiros acompanhem de perto e continuamente o sofrimento dos mesmos, despertando sentimentos de compaixão e sofrimento naquele que está prestando os cuidados.

Se, por um lado, esse vínculo propicia o sofrimento, por outro lado, proporciona o prazer, pois permite a construção do sentido do labor na UTI. Há que se destacar o equilíbrio, no que se refere aos vínculos estabelecidos, que permite vivenciar uma relação madura, com acolhimento e humanização, mas com limites claros sobre sua própria vida, pois o enfermeiro não é o paciente que está hospitalizado em estado crítico, nem familiar ou amigo próximo desse paciente.

Desta maneira, o vínculo é necessário e, quando estabelecido, deve estar pautado no equilíbrio; o enfermeiro, ao encontrar em si mesmo o sentido da vida, será capaz de ter a visão do ser humano como ele é criar um contato integral, tanto pela competência técnica, como pela apreensão deste homem, pela afetividade, dentre outros.

Outro fator de ambivalência citado pelos oito entrevistados está relacionado à gênese do prazer e do sofrimento no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Dejours (1993b) afirma, a respeito do trabalho em equipe, que a organização desse trabalho deve ser resultante das negociações entre os trabalhadores e os diferentes níveis hierárquicos, alcançando um trabalho que seja cooperativo e com o comprometimento de todos.

Ao analisar as falas dos enfermeiros, torna-se evidente que o modelo da organização do trabalho, adotado nas UTIs estudadas, é pautado nos fundamentos da Administração Científica, Clássica e Burocrática, que favorece a fragmentação das tarefas. Há certo exagero em cumprir normas e regras e a centralização do poder está com o enfermeiro, fato que pode gerar desgaste psíquico, dependendo do perfil do profissional que centraliza esse poder, bem como das características dos demais membros da equipe.

Dejours (1993b) alerta para a questão da separação entre a concepção e a execução do trabalho, referindo que a saúde mental do trabalhador depende da união entre o corpo e o pensamento e que, quando há uma ruptura entre o pensar e o fazer, o trabalhador fica cerceado de usar sua imaginação, criatividade e comunicação.

O outro perigo que a continuidade deste processo ocasiona é a possibilidade de que o próprio trabalhador se prenda dentro dos limites pré-estabelecidos pelo sistema e não acredite mais em sua capacidade de imaginar, criar, falar e inventar, ou seja, de ser um indivíduo presente e atuante de uma maneira singular dentro do trabalho.

O trabalho em equipe constitui um espaço importante e privilegiado para a troca de experiências. Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e demais profissionais da área de saúde deveriam compartilhar conhecimentos, tomadas de decisões e execução de procedimentos de cuidado. No momento em que isto ocorre, também ocorre a possibilidade de estabilização do grupo e de surgimento de ações de cooperação.

Desta forma, nesta pesquisa, o trabalho em equipe surgiu também como fator de prazer. Este prazer é relatado quando o indivíduo respeita e sabe conviver com o outro, em especial com suas potencialidades e defeitos, ou seja, quando existe uma cooperação que está estabelecida a partir de uma divisão clara das funções e das habilidades de cada um. A heterogeneidade dos membros e a homogeneidade nas responsabilidades com as tarefas são fatores que facilitam a equipe ser mais cooperativa e atuante.

Quando acontece a cooperação e são estabelecidas relações de comprometimento de todos, cada sujeito reconhece o outro como diferente de si e, ao mesmo tempo, sente-se diretamente relacionado com ele. A comunicação é o processo fundamental para que se estabeleçam as metas a serem atingidas e, com isto, criem-se condições que permitam o ajustamento cada vez maior da equipe, repercutindo em uma assistência com qualidade para os pacientes e seus familiares e em harmonia entre os trabalhadores.

Os sentimentos de prazer dos enfermeiros aparecem nos momentos de tomada de decisões e de uso dos poderes que eles detêm, principalmente quando ocorre a participação de todos os membros da equipe. O estudo também desvelou que é importante, no trabalho em equipe, conhecer as características

individuais das pessoas para que se desenvolva a capacidade de trabalhar conjuntamente, pois os desafios são constantes em UTIs.

A cooperação é uma conduta coordenada, quer dizer, a ação de participar de uma obra comum. Supõe um espaço no qual, ao mesmo tempo, convergem as contribuições singulares e cristalizam-se as relações de interdependência entre os seres humanos (DEJOURS, 1997).

Dejours (2004a) é enfático ao afirmar que a contribuição do trabalho em equipe está no fato de que nele se desenvolve a cooperação, sendo assim possível constituir-se uma solidariedade fundamental para a experiência subjetiva de seus integrantes com implicações coletivas, pois permite que todos contribuam para melhorar as condições do viver e do trabalhar juntos.

Com relação às estratégias defensivas, os enfermeiros relataram que buscam forças na religião, promovem o inter-relacionamento entre os membros da equipe, realizam atividades físicas, afastam-se do paciente e de familiares e fumam.

Estratégias defensivas são fundamentais para se proteger do sofrimento, porém, no presente estudo, constatou-se que essas estratégias foram utilizadas mais de forma individual do que coletivamente.

Para Dejours (1993a, 2004a), na maioria das vezes, as estratégias defensivas são construídas em consenso pelo grupo de trabalhadores, existindo um acordo tácito de todos os membros na manutenção dessa defesa, para que ela não se rompa e, com isto, reste quebrado o equilíbrio gerado pela própria defesa. Elas têm como alvo principal minimizar o sofrimento, dando suporte e funcionando como um modo de proteção. São basicamente regras do coletivo de trabalho. Elas são específicas das diferentes categorias profissionais, não havendo uma única forma de estratégia defensiva e pode ser desenvolvida pela subjetividade individual ou estabelecida pelo grupo.

As estratégias defensivas não devem constituir-se em armadilhas para os trabalhadores. Elas precisam ser pensadas e planejadas visando ações pautadas principalmente no agir sobre a organização do trabalho e na construção coletiva de soluções e de compromissos, face às contradições inerentes à própria organização do trabalho. Nesta perspectiva, é possível o jogo bem sucedido de evitar o sofrimento e buscar o prazer, que passa a constituir-se em um dos caminhos para a saúde psíquica do trabalhador (DEJOURS, 1993a, 2004a).

A Psicodinâmica apóia-se em uma ação de abertura dos homens em relação aos processos organizativos laborais. Essas ações podem ser individuais ou coletivas; as ações coletivas fortalecem mais a equipe, propiciando uma união entre os trabalhadores. O trabalho não deve ser compreendido como apenas uma tarefa, mas o trabalhador também vive a experiência da pressão, de viver em comum, de enfrentar a resistência do real, construindo o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2000).

Os sujeitos desta pesquisa utilizaram estratégias defensivas saudáveis, como realizar atividades físicas, buscar a esperança na fé e propiciar momentos de descontração, que por consequência, favorecem laços maiores de inter-relacionamento.

Para Souza; Padilha (2002), os trabalhadores de enfermagem em UTIs precisam acreditar no potencial de saúde dos doentes ali internados, para que possam cuidar. Sentimentos de fé e esperança precisam ser mantidos e cultivados para que possam perceber este potencial mascarado pela situação vivida pelo paciente. Isto significa vivenciar a reciprocidade, sendo outro visto como uma presença, como uma pessoa, em vez de um objeto. Fé e esperança também fortalecem a capacidade de se relacionar com os aspectos subjetivos e objetivos da vida.

Entretanto, também encontramos estratégias de defesa prejudiciais, como o uso do tabaco, ou seja, o hábito de fumar.

A Psicodinâmica do Trabalho considera que as vivências de prazer-sofrimento e estratégias defensivas não são lineares, pois cada trabalhador é influenciado, de um lado, pelo modelo do processo organizativo ao qual está inserido e, de outro, pela forma como ele percebe e interpreta este modelo. Isto quer dizer que a interpretação de cada trabalhador está baseada em processos subjetivos e / ou na gerência coletiva da organização do trabalho (DEJOURS, 1992, 2000).

Enfim, por meio da análise das categorias analíticas deste estudo e do referencial teórico de Dejours, pudemos perceber que a abrangência e a ambigüidade de sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros variam de um momento para outro. Aquilo que dificulta ou inviabiliza o atendimento da necessidade e a capacidade de ajudar e se sentir útil dá origem a sofrimento, e tudo que facilita ou viabiliza o atendimento das necessidades constitui-se em gênese do prazer no trabalho.

Assim sendo, retomamos a fala de Dejours (1994a) quando refere que o labor é equilibrante ao permitir a diminuição da carga psíquica, uma vez que o rebaixamento e a descarga da energia pulsional são a origem e fonte do prazer, ou seja, o prazer nada mais é do que o resultado do alívio da carga psíquica do trabalho.

Finalizando, é de fundamental importância destacar que o conjunto de asserções relatadas, interpretadas e analisadas neste estudo, representa parte do fenômeno estudado. A pesquisa reúne a descrição de oito profissionais enfermeiros de diferentes turnos de trabalho, com suas características próprias, suas individualidades, crenças e cultura, entre outras.

Acreditamos que o grupo forneceu-nos percepções significativas enquanto trabalhadores enfermeiros das UTIs do hospital selecionado, abrangendo os fatores que têm envolvimento com a origem do prazer e do sofrimento, bem como com as estratégias defensivas utilizadas frente ao sofrimento no trabalho.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao sistematizar algumas considerações finais, retomamos as nossas inquietações iniciais, procurando compreender as teias de significado do prazer-sofrimento e das estratégias defensivas contra o sofrimento tecidas pelos enfermeiros de UTIs, não como postulado de uma ciência experimental em busca de puros resultados, mas como ciência interpretativa, em busca de significados.

Enfatizamos que nossa preocupação com o processo que envolve o sofrimento, o prazer e as estratégias defensivas constatados em nossa pesquisa, contribuiu não apenas enquanto espaço para a efetivação de um trabalho científico, em si, mas também constituiu um corpo de conhecimento para a defesa do direito à diferença, como direito do ser humano no sentido literal que confere a cidadania.

O estudo realizado, por um lado, reafirma a dinâmica dos processos psíquicos e, por outro, o valor social que confere ao homem o poder de desenvolver-se como trabalhador e como pessoa.

Apesar das limitações deste estudo, como por exemplo, a subjetividade expressa pelos pesquisados, a interpretação singular de cada enfermeiro sobre o trabalho em UTI, o olhar de apenas um dos membros da equipe de saúde, entre outros, acreditamos que alguns caminhos foram percorridos. Hoje, este caminho nos permite ter uma maior compreensão do trabalho dos enfermeiros em UTIs e das estratégias defensivas contra o sofrimento construídas por eles.

Temos a clareza do quanto este tema precisa ainda ser pesquisado, pois inúmeros são os princípios e variáveis que envolvem a realidade psíquica e o trabalho em uma unidade de alta complexidade como é o caso de uma UTI.

Assim, acreditamos que a elaboração do presente estudo nos permite efetuar algumas sugestões nas seguintes áreas, como segue:

Institucional:

- Criar espaços institucionais que possibilitem apoio ao profissional que trabalha com tão elevada carga de fatores estressantes, nos quais seja proporcionada maior interação entre os membros da equipe, favorecendo momentos em que os sujeitos possam verbalizar seus sentimentos e suas vivências nas relações com pacientes – bem como com seus familiares e pessoas próximas –, com a equipe de trabalho e com a instituição. O que se propõe aqui, face ao desvelado nas

falas dos entrevistados, é proporcionar, aos trabalhadores de enfermagem e de saúde em UTIs, um espaço de escuta e acolhimento dos processos vividos nestas unidades que os instrumentalize para a práxis;

- Discutir com chefias superiores a necessidade de contratação de profissionais capacitados para trabalhar com a saúde mental dos trabalhadores, sendo estes externos ao ambiente de trabalho, para que as defesas e ansiedades não fiquem despontadas nas equipes e na instituição, expondo-as ao risco de serem estigmatizadas, seja como “aquela unidade que dá certo”, seja como “aquela unidade que só tem problemas”. Esta assessoria impulsionaria o funcionamento da unidade com maior operatividade;
- Aquisição, por parte da instituição, de qualidade e quantidade adequada de equipamentos para suprir as necessidades das UTIs, proporcionando segurança aos que lidam com esses equipamentos, evitando desgaste e o estado de alerta permanente, por parte dos profissionais de enfermagem;
- Criação de um grupo multidisciplinar para o atendimento de familiares e de pessoas próximas de pacientes em fase terminal. Isto ajudaria a equipe a tornar-se mais segura e favoreceria a abertura de melhores canais de comunicação para que os familiares manifestem seus medos, dúvidas e ansiedades;
- Informar e estimular os enfermeiros que fumam a participarem do projeto anti-tabagismo existente na UEL;
- Criar espaços, na própria instituição e com acompanhamento de profissionais habilitados, para o desenvolvimento de atividades físicas. Isto pode ser realizado inclusive no momento em que os profissionais estão em seus horários de trabalho, somente se faz necessário estabelecer um cronograma e horários que permitam a participação de todos;
- Identificar as reais causas do absenteísmo, buscando soluções viáveis para os funcionários que mais faltam ao serviço, sem preconceitos estabelecidos;
- Propiciar momentos freqüentes de recreação e lazer no espaço de trabalho, como, por exemplo, comemoração de aniversários;
- Realizar outros estudos, na instituição ora pesquisada e/ou em outras instituições da área, com a finalidade de comparar resultados, especialmente os relacionados com a organização do trabalho, que também indicassem as causas dos problemas e os desencadeadores de sofrimento;

- Utilizar, sistematicamente, avaliações qualitativas, não com o objetivo de intimidação e dominação, mas buscando avaliar as lacunas existentes entre o trabalho real e o prescrito no processo organizacional e identificar se as estratégias defensivas utilizadas não estão tornando banalizado o sofrimento que pode estar acontecendo no labor.

Gerencial:

- Acompanhar os familiares de pacientes durante as visitas, esclarecendo suas dúvidas, propiciando uma orientação eficaz, uma vez que o enfermeiro tem maior contato com o paciente que os outros membros da equipe;
- Flexibilizar o horário de visitas, proporcionando um bom relacionamento com a família de pacientes internados, estimulando-as a participar do tratamento;
- Flexibilizar o tempo de permanência dos familiares junto aos pacientes, favorecendo o fluxo das informações que devem ser fornecidas;
- Fixar os funcionários de enfermagem em turnos, ou seja, mantê-los em seus horários com maior frequência, evitando o rodízio de turnos, para estabelecer o inter-relacionamento; há que se conviver por determinado tempo oportunizando o conhecimento individual e coletivo da equipe de enfermagem;
- Realizar estudos sobre novos modelos de trabalho e de gerenciamento que sejam menos rígidos e propiciem a participação de todos os membros da equipe, não sendo necessário que o modelo seja único para todas as equipes, pois cada uma apresenta-se com sua identidade própria. Há que se realizar diagnóstico relativo ao trabalho, pois quaisquer mudanças que não sejam discutidas com todos estarão propensas ao fracasso;
- Estimular a discussão, junto aos enfermeiros e suas equipes, sobre a distribuição de tarefas, com ênfase nos aspectos burocráticos. Os enfermeiros precisam refletir como têm gasto seu tempo, quais tarefas são prioritária, quais podem ser delegadas. Precisam também aprender a confiar quando delega ações que possam ser realizadas por outros membros da equipe;
- Despertar, nos trabalhadores, um maior interesse pelo reconhecimento da própria experiência existencial no mundo. Para tanto, faz-se necessário novas habilidades, nova consciência, ou seja, novos seres que sejam capazes de “Ser” ao mesmo tempo em que são capazes de “Ter”. Assim, poderão cuidar melhor da

vida psíquica e física, ato de responsabilidade direta do próprio ser humano e de responsabilidade indireta das pessoas que o rodeiam;

- Buscar conciliar as diferentes necessidades, valorizando-se o diálogo aberto, capaz de dar vazão às tensões do cotidiano de trabalho, na tentativa de amenizar o sofrimento, entendendo que a interação entre todos é importante para que se estabeleça um processo de aprendizagem, no qual todos cresçam juntos, não somente por meio dos problemas, mas, principalmente por compartilhá-los.

Acadêmica:

- Discutir, com os órgãos competentes, a respeito dos conteúdos do currículo de graduação em enfermagem, para que se avaliem sugestões, aos colegiados de curso, sobre a inclusão de ementas referentes à saúde do trabalhador, em especial a saúde mental desses trabalhadores.

Pesquisa:

- Realizar novos estudos que possam aprofundar questões levantadas nesta pesquisa e assim, dar continuidade ao processo de produção do conhecimento, tendo clareza que nenhuma pesquisa esgota, em si mesma, o conteúdo estudado.

REFERÊNCIAS*

- ABRAHÃO, J. I.; SANTOS, V. O. Controle no trabalho: os seus efeitos no bem estar e na produtividade. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 255p.
- ABRAHÃO, J.I.; TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.67-76, set./dez. 2004.
- ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. (Coleção Primeiros Passos). 166p.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 127p.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org). **Trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez Ed., 1997. p.15-26.
- ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. 1996. 140fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11.ed. Rio de Janeiro: Ed. Cortez, 2006. 155p.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Trabalho e alienação**. In: Filosofando – Introdução à filosofia. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1991. 396p.
- ARENDT, H. **A condição humana**. São Paulo: Edusp, 1981. 338p.
- AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.4, p.549-55, dez. 2007.
- BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; SOUSA, A. L. L. et al. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.56, n.5, p.574-6, set./out. 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.
- BARRA, D.C.C.; NASCIMENTO, R.P.; MARTINS, J.J. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área de saúde e enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n.3, p.422-430, 2006. Disponível em: www.ufg.br/revista. Acesso em 14/08/07.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

- BARROS NETO, T. L. **Exercício, saúde e desempenho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997. 80p.
- BASBAUM, L. **Alienação humanista**. São Paulo: Global, 1981. 157 p.
- BASTOS, M.A.R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de treinamento intensivo. **Rev. Lat.-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.131-136, mar./abr. 2002.
- BECK, C. L. **Da banalização do sofrimento a sua resignificação ética na organização do trabalho**. 2001. 200fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.; LEOPARDI, M.T. O “Estado de Alerta” dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.151-168, jan./abr. 2002.
- BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de professores de enfermagem: elementos para reflexão. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v.33, n.4, p.348-54, dez. 1999.
- BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. Trabalho em equipe: instrumentos básicos de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p.61-67.
- BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.21-32.
- BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo instituição. In: BLEGER, J. **Temas de psicologia**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 136p.
- BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Rev. Enf. USP**, São Paulo, v. 18, n.1, p.23-9, 1984.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**: an introduction to theory and methods. 2.ed. Boston: Allyn and Bacon I., 1992. 262p.
- BORSOI, I. C. F. **Saúde mental e trabalho**: um estudo de caso da enfermagem. 1992. 96 fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- BORSOI, I. C. F.; CODO, W. **Enfermagem, trabalho e cuidado**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1995. p.39-39.
- BRACO, P.V.; MELLO, L.; SOARES, L. et al. **A atividade física e o técnico de enfermagem**: um benefício à saúde de quem exerce a arte de cuidar. Trabalho apresentado no XIV Pesquisando em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, maio 2007. Disponível em: www.pesquisando.eean.ufrj.br. Acesso em 20/08/2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996 – **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p.34-42, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 94406 de 08 de junho de 1987 – regulamenta a Lei 7498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de junho de 1987a, p.8853-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**: conceito e definições hospital geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias. Brasília: Centro de Documentação, 1987b. p.823-1232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997. 57p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Falando sobre tabagismo**. 3.ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998a. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **O cigarro brasileiro**: análises e propostas para redução do fumo. Rio de Janeiro: INCA, 1998b. p.60-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3432 de 12 de agosto de 1998 – estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.154, p.109-10, 13 de agosto de 1998c. Seção 1.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Norma regulamentadora nº 32** (NR32). 2005. Disponível em: www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf. Acessado em 15/02/08.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 379p.

BROMBERG, M.H.P.F. **A psicoterapia em situações de perdas e lutos**. 2.ed. Campinas: Psy, 1997. 117p.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Luna, 1994. 224p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 333p.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições e método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 238p.

CAPAZOLLO, A.; FORTUNA, M. E.; SANTOS, H. et al. **Unidade de aprendizagem**: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília, 2005. (Texto mimeografado – Curso de facilitadores de educação permanente em saúde).

CASTELLANOS, B. P.; RODRIGUES, A.M.; ALMEIDA, M.C.P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1989. p.147-169.

CHIAVENATO, T. **Introdução à teoria geral da administração**. 8.ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2000. 644p.

CIAMPONE, M. H. T. **Grupo operativo**: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem. 1998. 184fl. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CIAMPONE, M. H. T. Administração em Enfermagem. **Rev. Enf. Atual**, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.6-13, jul./ago. 2002.

CIAMPONE, M. H. T.; KURGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURGANT, P. (Org). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.54-65.

CIAMPONE, M. H. T.; KURGANT, P. O ensino de administração de enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.57, n.4, p.401-7, 2004.

CLOT, Y. **Le travail sans' homme?** Pour une psychologie des milieux de travail et de vie. Paris: Editions La Découverte, 1995. 243p.

CODO, W.; HITOMI, A. H.; SAMPAIO, J. J. C. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993. 280p.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, E. L.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1994. Cap. 4, p.56-108.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. p.125.

CORREA, F. P. **Carga mental e ergonomia**. 2003. 148fl. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência clínica em um hospital público. 2005. 227fl. Tese

(Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.654-62, set./out. 2005.

CUNHA, K. C. **O contexto e o processo motivacional vivenciado por enfermeiras**. 1994. 202fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CROSSETTI, N. G. O. **Processo de cuidar: uma aproximação a questão existencial na enfermagem**. 1997. 164fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

CURA, M. L. A. D.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enf.**, Ribeirão Preto, v.7 n.4, p.21-8, out. 1999.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade**: enfoque psicodinâmico. 6.ed. São Paulo: Difel, 1994. Cap. I, p.9-29.

DAVANTEL, A. L. M.; FURRER, G. K.; MARTINS, J. T. et al. A população conhece o profissional enfermeiro? In: Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem, 23, 2000. **Anais...** Belo Horizonte: ABEn, 2000.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho**: uma abordagem psicológica. São Paulo: Ed. Pioneira, 1992. 207p.

DEJOURS, C. Por um novo conceito em saúde. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.54, v.14, p.7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168p.

DEJOURS, C. **Contribution to the psychodynamic analysis to the study of organizational crisis industrial and environmental crisis**. Paris: Intereditions 1993a. p.77-89,

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. T. (Org). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993b. 320 p.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994a. p.21-32.

DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b. p.45-65.

- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997. 104p.
- DEJOURS, C. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Edições Fundap, 1999. 160p.
- DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 160p.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.27-34, set./dez. 2004a.
- DEJOURS, C. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. In: SZNELWAR, S. L. (Org). **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo, 2004b. p.165-94.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E. Itinerário teórico em psicologia do trabalho In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b. p.119-145.
- DOMINGUES, C.I.; SANTINI, L.; SILVA, L. E. F. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n.1, p.39-48, 1999.
- FACHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia e modelo de determinação aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalhador no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 178-86.
- FARIA, A. B. A. Submissão na formação enfermeiro: uma revisão literária. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.79-88, 1996.
- FAVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 1996. 92fl. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125fl. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90**: réplica de um estudo. 2000. 134fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FERNANDES, M. S.; SPAGNOL, C. A.; TREVIZAN, M. A. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev. Latino-am. de Enf.**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.161-67, mar./abr. 2003.

- FERRAZ, A.E.P. **Modos de enfrentar problemas e sua relação com o componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus**. 1995. 217fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário aurélio eletrônico – século XXI**. São Paulo: Nova Fronteira, 1999. p. 21-8.
- FERREIRA, L. L. Análise coletiva do trabalho. **Rev. Bras. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.21, n.78, p.45-51, abr./mai. 1993.
- FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. B. Só de pensar em vir trabalhar já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Rev. Estudos Psicol.**, São Paulo, v.6, n.1, p.93-104, 2001.
- FIGUEIREDO, M.R.B.; STEIN, A.T. Vivências da enfermeira no trabalho de equipe em terapia intensiva: uma visão fenomenológica. **Arquivos Médicos**, São Paulo, v.7, n.2, p.29-42, nov. 2004.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. 205p.
- FRANCO, M. L. P. B. O que é análise de conteúdo? **Cadernos de Psicologia da Educação**, São Paulo, n.7, p.1-31, ago. 1986.
- FRANCO, T. B. **Reconstrução produtiva e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 240fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Campinas.
- FREUD, S. O mal estar na civilização. In: **Pequena Coleção das Obras de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Livro 08. p.120-127.
- GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 296p.
- GAIDZINSKI, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDEZ, M. F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.57, n.4, p.464-6, jul./ago. 2004.
- GARANHANI, M.L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem**: um olhar à luz de Heidegger. 2004. 230fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- GEUS, A. **A empresa viva** – como as organizações podem aprender a prosperar e se perpetuar. São Paulo: Ed. Campus, 1998. 204p.
- GOLDMANN, L. **Dialética e cultura**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 199p.
- GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1988. Cap. 3, p.17-36.

GOMES, E. L. R.; ANSELM, M. L.; MISHIMA, S. M. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-50.

GOMES, E. L. R. **Saber gerenciar com saber**: a indeterminação do conhecimento administrativo do enfermeiro. 1999. 143 fl. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.

GOMES, E. L. R. **Administração em enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. 1991. 188fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

GONZALES, R.M.B.; BECK, C.L.E. O sofrimento e o prazer cotidiano dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.169-86, jan./abr. 2002.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999. p.7-11.

GREGO, R. M.; OLIVEIRA, V. M.; GOMES, J. R. Cargas de trabalho dos técnicos operacionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.25, p.59-75, 1996.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987. p.13.

GUIRADO, M. **Instituições e relações afetivas**: o vínculo com o abandono. 2.ed. São Paulo: Summus, 1986. 220p.

HAAG, G. S.; SCHUK, J. D. S.; LOPES M. J. M. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2.ed. Goiânia: Ed. AB, 2001. 152p.

HADDAD, M. C. L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Escola Enf.**, São Paulo, v.32, n.4, p.307-13, dez. 1988.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: volume I. 13.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004. 325p.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.77-86, set./dez. 2004.

HIRATA, H. Introdução à psicopatologia do trabalho: divisão capitalista do trabalho. **Rev. Sociologia USP**, São Paulo, v.1, n.2, p.97-103, 1989.

HOLANDA, A. B. **Novo aurélio, dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999. p.21-28.

IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.23, n.1, p.91-98, 1989.

ITANI, A. **Subterrâneos do trabalho**: imaginário tecnológico no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. 252p.

KAWASAKI, M. **Importância das atividades físicas**. Disponível em: www.mkrawasaki.com.br/article. Acesso em: 17/08/07.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.56, n.6, p.669-73, nov./dez. 2003.

KLIJN, T. M. **Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepcion, Chile**. 1998. 271fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.

KOIZUMI, M. S.; KAMIYAMA, Y.; FREITAS, L. A. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva – problemas sentidos, expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. de Enf. USP**, São Paulo, v.13, n.2, p.135-45, 1979.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades da liderança. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994. 320p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes. 10.ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001. 290p.

KURGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991a. 237p.

KURGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. **Enfoque**, Curitiba, v.19, n.1, p.4-6, 1991.

KURGANT, P. Educação continuada: caminho para a qualidade. **Rev. Paulista Enf.**, São Paulo, v.12, n.2, p.66-71, mai/ago. 1993.

LABBADIA, E.M. Atendimento multiprofissional ao tabagismo: uma opção terapêutica. **Rev. Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v.5, n.5, sup. A, p.6-11, set./out. 1995.

LANCMAN, S.; SANTOS, M. C.; ROMERO, M. et al. Informar e refletir: uma experiência. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.14, n.1, p.1-9, jan./abr. 2003.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 346p.

- LANCMAN, S. (Org). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004. 232p.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989. 333p.
- LAVILLE, C.. DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999. 344p.
- LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.145-50, mar./abr. 2005.
- LEMES, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.345-57, mai./jun. 2002.
- LEMONS, J.C.; CRUZ, R.M.; BOTOMÉ, S. P. Resenha bibliográfica intitulada sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. In: BECK, C.L.C. A banalização do sofrimento, a sua re-significação ética na organização do trabalho. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.7, n.2, p.407-9, 2002.
- LEOPARDI, M. T. **Método de assistência de enfermagem**: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. 1991. 176fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- LEOPARDI, M.T. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 46, 1994. **Anais...** Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 1994.
- LEOPARDI, M. T. (Org) **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. 176p.
- LEVI, L. Stress. In: **Encyclopaedia of occupational health and safety**. Geneva: Internacional Labour Office, 1983. p.2106-11.
- LIMA, M. **Os equívocos da excelência**: as novas formas de sedução na empresa. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996. 357p.
- LIMA, E.D.R.; CARVALHO, D.V. Estresse ocupacional: considerações gerais. **Rev. Nursing de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.22, p.30-34, mar. 2000.
- LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- LIMA, R. C. D.; OLIVEIRA, E. R. A.; CADE, N. U. et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Rev. Cogitare de Enfermagem**, Curitiba, v.10, n.2, p.63-67, mai./ago. 2005.

LINHARES, N. J. R. **Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro**: um estudo na UTI de um hospital público. 1994. 106fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Rev. Nursing**, São Paulo, p.25-29, out. 2001.

LOGEAY, P.; GABDOIS, C. **L'agression psychique de la mort dans le travail**. Paris: Entrepise Moderne D'Edition, 1985. 202p.

LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDON, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D. E. (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.153-189.

LOPES-ARAGUREN, E. El análisis de contenido. In: FERNANDO, M. G.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (org.). **El análisis de la realidad social**: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p.365-95.

LUCENA, A.F.; CRASSETTI, M.G. O significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.25, n.2, p.243-56, ago. 2004.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. 284 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organizações à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.50, n.1, p.77-92, jan./mar. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária, 2000. 201p.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Rev. de Administração**, São Paulo, v.31, n.3, p.63-7, jul./set. 1996.

LUNARDI FILHO, D. W.; LUNARDI, V. L.. Uma nova abordagem no ensino da enfermagem e da administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.5, n.2, p.20-34, jul./dez. 1996.

LUPPI, C.H.B.; ALVES, M.V.F.F.; SANTOS, A. A. Programa de cessação ao tabagismo: perfil e resultados. **Rev. Ciência Extensão**, Botucatu, v.2, n.2, p.51-66, 2006.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Cuidando as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.9-20.

MAGALHÃES, L. M. T. **O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança**: os referenciais de um novo processo de formação. 2000. 108fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.57, n.4, p.408-11, jul./ago. 2004.

MÂNGIA, E. F. Alienação e trabalho. **Rev. Fisiot. Uni**, São Paulo, v.14, n.1, p.34-37, jan./abr. 2003.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre: v.25, n.1, p.17-25, abr. 2004.

MARTINS, F.Z.; BÖCK, K.C.; MOSTARDEIRO, S.C.T. **Atividade física e qualidade de vida**: um atuação da enfermagem. Trabalho apresentado no 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia (GO), 2005. Disponível em: www.bsvms.saude.gov.br. Acesso em: 17/08/07.

MARTINS, J. J. **O cotidiano de trabalho de enfermagem em UTI**: prazer e sofrimento? 2000. 133fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARTINS, J.J.; FARIA, E.M. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: vivências de prazer e sofrimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.222-243, jan./abr. 2002.

MARTINS, J. T. **O Cotidiano acadêmico de enfermeiras docentes da Universidade Estadual de Londrina – PR**: um estudo sobre os sentimentos de prazer e sofrimento frente à implementação de uma mudança curricular radical. 2002. 177fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.284-90, jun. 2006.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. Implementação de um currículo com mudança radical: sentimentos de prazer e sofrimento. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.10, n.2, p.29-35, mai./ago. 2005.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; PLATH, G. A. Satisfacción e insatisfacción entre auxiliares y técnicos de enfermería de una unidad de ingreso femenina de un

hospital escuela. **Rev. Cienc. Enferm.**, Concepcion (Chile), v.13, n.1, p.25-33, jun. 2007.

MARTINS, Y.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 2006. 110p.

MARZIALE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental de enfermeiros atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes**. 1990. 132fl. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) – Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MARX, K. **O capital: crítica, economia política**. Livro primeiro: o processo de produção do capital. 3.ed. São Paulo: Ed. Nova Cultura, 1998. 294p.

MATSUDO, V.K.R.; MATSUDO, S.M. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Rev. Diag. Tratamento**, São Paulo, v.5, n.2, p.10-7, abr./jun. 2000.

MATOS, E.; PIRES, D. A organização da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.11, n.1, p.187-205, jan./abr. 2002.

MELO, C. **Divisão social do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MELO, C. C. C. P. **Vivência de enfermeiras diante da dor, sofrimento e morte no seu cotidiano de trabalho**. 2000. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A.M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo Editora, 2007. 368p.

MENDES, A. M. B. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório de uma empresa pública de telecomunicações**. 1994. 125fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. **Rev. Brasil. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.23, n.85/86: 55-60, 1996.

MENDES, A. M. B. **Valores e prazer – sofrimento no contexto organizacional**. 1999. 313fl. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Nacional de Brasília, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.

MENDES, G. R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1994a. 160p.

- MENDES, A. M.; ABRAHÃO, J. I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Rev. Psicologia – Teoria e Pesquisa**, Brasília (DF), v.26, n.2, p.179-84, 1996.
- MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília (DF), v.49, n.2, p.267-80, abr./jun. 1996.
- MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Finatec Ed. UNB, 2002. p.25-42.
- MENZIES, I. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1970. (Texto mimeografado).
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho em saúde. In: MERHY, E. G.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. et. al. Por uma modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências em saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.33, p.83-9, dez. 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993. 269p.
- MIRANDA, A.F. **Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro?** 1998. 150fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MOLINA, O. F. **Estresse no cotidiano**. São Paulo: Ed. Pancast, 1996. 327p.
- MOLINIER, P. Sujeito e subjetividade. **Rev. Fisioter. Univ.**, São Paulo, v.14, n.1, p.43-7, jan./abr. 2003.
- MONTEIRO, C.R.; FARO, A.C.M. Atividade física segundo a percepção dos estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enf.**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p.843-48, nov./dez. 2006.
- MORAES NETO, B. R. **Marx, Taylor e Ford: as forças produtivas em discussão**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 134p.
- MORENO, N. A. **Qualidade de vida no trabalho: uma análise das características da tarefa de profissionais bibliotecários atuantes em bibliotecas universitárias**. 1991.

202fl. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) – Escola de Biblioteconomia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MORRONE, C.F.; MENDES, R. M. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Rev. Psicologia**, São Paulo, v.2, n.3, p.91-118, set./out. 2003.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NEFFA, J. C. **Que son las condiciones y médio ambiente de trabajo?** Buenos Aires: Editorial Hymanitas, 1998. 186p.

NOGUEIRA, P. R. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997. p.182-6.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: um estudo em hospital escola. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.648-53, set./out. 2005.

OLIVEIRA, L M. A. **Assistência de enfermagem à família na UTI**: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades. 1991. 165 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, A. C. F.; PAZ, A. R. A.; TELLES, E. A. B. et al. Liderança e enfermagem: elementos para reflexão. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.57, n.4, p.487-9, jul./ago. 2004.

OUCHI, W. **Teoria Z**: como as empresas podem enfrentar o desafio japonês. 8.ed. São Paulo: Fundação Educativa, 1989. 293p.

PADILHA, K. G.; KIMURA, M. Aspectos éticos da prática da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Sobett em Revista**, São Paulo, v.1, n.1, p.8-11, mar. 2000.

PADILHA, K. G. **Descuidar**: as representações sociais do enfermeiro de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. 1994. 190fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PEDROSA, L.A.K. **A saúde das mulheres trabalhadoras – enfermeiras**: o real e o vivido. 1999. 169fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PEDUZZI, M. E.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURGANT, P. (Org). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.108-24.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: interface entre trabalho e interação.** 1998. 254fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Fontes, 1995. 181p.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho em UTI. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, 2007. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 09/08/07.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez Ed., 1989. 156p.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho:** estudo em instituições escolhidas. 1996. 347fl. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1999. 253p.

PIRES, D. G. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa Livros, 1999. p.25-48.

PITTA, A. M. F. **Hospital, dor e morte como ofício.** São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003. 198p.

QUICK, T. L. **Como desenvolver equipes bem-sucedidas.** 9.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 128p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** método e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 328p.

RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto:** o desafio estético do trabalhador da saúde. Pelotas (RS): Editora Universitária, 1999. 171p.

RIGOTO, M. R. O homem e o trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1994. Cap. 2, p.25-32.

ROBAZZI, M.L.C.C.; PARACCHINI, S.A.; GIR, E. et al. Serviço de enfermagem: um estudo sobre absenteísmos. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.18, n.69, p.65-70, jan./mar. 1990.

ROCHA, S. S. L. **Qualidade de vida no trabalho em enfermagem:** percepção de enfermeiros docentes de uma universidade privada. 2002. 146 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- RODRIGUES, F. C. P.; LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.314-22, dez. 2004.
- RODRIGUES, M. S. C.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p.30-34.
- ROSEMBERG, F. Da intimidade aos quiprocós: uma discussão em torno da análise de conteúdo. **Caderno CERV**, São Paulo, v.16, p.69-80, 1981.
- ROZENDO, C. A. **Liderança na enfermagem**: refletindo sobre um mito. 1995. 156fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. 2.ed. Londres: Sage, 2004. 304p.
- SAINT-JEAN, M. Organizações do trabalho e saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v.14, n.1, p.48-51, jan./abr. 2003.
- SAMUSKI, D. M.; NOCE, F. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre profissionais e alunos da UFMG. **Rev. Bras. Atividade Física e Saúde**, Londrina (PR), v.5, n.1, p.5-21, set./out. 2000.
- SANTOS, C. A. F. **A enfermagem como profissão**. São Paulo: EDUSP, 1973. 192p.
- SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B.; MOREIRA, A. C. Estesse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.580-5, 2006.
- SANTOS, L. S. C., GUIRARDELLO, E. B. Nurses' attention demands in the workf setting. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.27-33, jan./fev. 2007.
- SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR, A. Conceitos básicos e classificação geral das drogas psicoativas. In: SEIBEL, S. D; TOSCANO JR, A. (Org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 1, p.1-6.
- SELIGMANN-SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A.; COSTA N. R. (Org). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. p.217-87.
- SELIGMANN-SILVA, E. S. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marco de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouniana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas, 1994a. p.13-9.
- SELIGMANN-SILVA, E. S. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Ed. Cortez, 1994b. p.45-90.

SENN, D. M.; FREITAS, C. V. A mulher em particular. In: Buschinelli, J. T. P. et al. **Isto é trabalho de gente?** Vida e doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p.359-70.

SENN, S. G. Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.5, n.17, p.227, 1981.

SHIMIZU, H. E. **Sufrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola.** 1996. 188fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SHIMIZU, H. E. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola.** 2000. 345fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidade de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n.1, p.95-106, mar. 1999.

SHIMIZU, H. E.; CIMAPONE, M. H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem a cerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.623-30, jul./ago. 2004.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.442-48, jul./set. 2006.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p.44-55, out. 2000.

SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSELM, M. L. Enfermagem: uma realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p.59-63, jan. 1993.

SILVA, M. J. P. Humanização em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, U. M.; NUNES, W. **A assistência de enfermagem ao paciente crítico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.1-11.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem:** estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 235 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIMÃO, A. T. **Terapia intensiva.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. 129p.

SOUZA, A. L. O. P. **O tabagismo e os programas de auxílio à cessação de fumar**. 2003. 126 fl. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SOUZA, L.N.A.; PADILHA, M.I.C.S. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.11-30, 2002.

SPIRI, W. C.; LEITE, M. M. I. O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.38, n.3, p.288-97, 2004.

SPÍNDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.403-9, dez. 1997.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M.C.S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.49, n.2, p.108-17, abr./jun. 1994.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.17-25, mar. 2001.

STOL, M.C.; OLIVEIRA, M.R. Estudos etnográficos das implicações das novas tecnologias na construção da subjetividade dos trabalhadores da UTI. **Psicol. Am. Lat.**, México, n.4, ago. 2005. Disponível em: www.pepsix.buscpsi.org.br. Acesso em: 31/07/07.

SUAZO, S. V. V.; ROBAZZI, M. L. C. C. Accidentes del trabajo: la situación de la mujer del equipo de enfermería en dos hospitales clínicos chilenos. **Rev. Ciencia y Enfermería**, Concepción (Chile), v.6, n.11, p.67-8, jun./jul. 2000.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.87-98, set./dez. 2004.

SZNELWAR, L.I.; LANCMAN, S.; WU, M. J. et al. Análise do serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e psicodinâmica do trabalho. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.45-57, set./dez. 2004.

TAUBE, S. A. M.; MEIER, M. J. O processo de trabalho da enfermeira na Central de Material Esterelizado. **Rev. Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.20, n.4, p.470-5, 2007.

TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; CURY, S. R. R. et al. Dimensões factual e virtual do gerenciamento da enfermeira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v.52, n.4, p.580-8, out./dez. 1999.

TRIVINOS, A. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1998. 175p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. Disponível em: www.hurnp.uel.br/apresentacao.html. Acesso em: 20/07/05.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva**: o outro lado da internação. 2005. 139 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

UUSTAL, D. B. The ultimate balance: caring for others. **Orthopedic Nursing**, New Jersey, v.11, n.3, p.11-5, may./jun. 1992.

VALADARES, C.A.M. A evolução das tecnologias e a saúde do trabalhador. In: GOMES, A. (Org.). **O trabalho no século XXI**: considerações para o futuro do trabalho. Bahia: Ed. Liv. Anita Garibaldi, 2001. p. 80-81

VÉZINA, M. **Travail et ses malentendus**: psychodynamique du travail et gestion. Toulouse: Science & Medicine, 2000. 235p.

VIANA, A. C. A.; CROSSETTI, M. G. O. O movimento entre o cuidado e cuidar-se em UTI: uma análise da teoria do cuidado transpessoal de Watson. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.56-59, abr. 2004.

VISCOTTI, D. **A linguagem dos sentimentos**. São Paulo: Sumus Ed., 1992. 136p.

WAITZKIN, H. Unidade de cuidado coronariano: crecimiento y desarrollo de su tecnologia. **Cuad. Médico Sociales**, Santiago (Chile), v.16, p.31-41, abr. 1981.

WALDOW, U.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202p.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n.1, p.23-29, jan./jun. 2002.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. São Paulo: FDT, 1994. 192p.

ZAHER, V. L. **Da vocação médica ao exercício profissional**: quando os médicos revelam o seu talento. 2000. 302fl. Tese (Doutorado em Ciências de Medicina Legal) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G. nº. _____, abaixo assinado, concordo em participar livremente da pesquisa: **“Prazer e sofrimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva”**, realizada pela Prof^a. Júlia Trevisan Martins, que tendo como objetivos identificar os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros de UTI; descrever os fatores contribuintes para o surgimento desses sentimentos no trabalho, desenvolvidos pelo enfermeiro de UTI, na percepção do próprio trabalhador e identificar as estratégias utilizadas por esses profissionais para enfrentar os sentimentos de sofrimento e de prazer.

Estou ciente de que minha participação realizar-se-á através de questões fechadas e entrevista semi-estruturada que serão gravadas e transcritas para análise.

Terei assegurado meus direitos de:

- retirar meu consentimento e participação a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos à minha pessoa;
- poder solicitar informações durante toda a fase da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma os dados serem sigilosos e privados, sem identificação;
- ter minha participação voluntária, sem direito a qualquer remuneração.

Londrina, ____ de _____ de ____.

Ciente

Assinatura do entrevistado

FONE DA PESQUISADROA PARA CONTATO: (43) 3025-2940

e-mail: jtmartins@uel.br

APÊNDICE B

Questões norteadoras

- 1) Fale-me como é o seu trabalho na UTI;
- 2) Que sentimentos você vivencia como enfermeiro da UTI;
- 3) Como você lida com esses sentimentos;
- 4) Você tem alguma estratégia que desenvolve individual ou coletivamente para compreender e auxiliar a vivência dos seus sentimentos de sofrimento e dos seus colegas;
- 5) Você gostaria de falar algo mais.

ANEXO 1

Universidade Estadual de Londrina Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	CORRESPONDÊNCIA INTERNA
DE	Divisão de Terapia Intensiva Adulto	
PARA	Assessoria Técnica de Enfermagem	DATA: 06/06/05
<p>Comunicamos que o Projeto de Doutorado da Enf. Júlia Trevisan Martins foi apreciado pela Equipe multidisciplinar da Divisão de Terapia Intensiva Adulto sendo aprovado para aplicação nesta Unidade.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Enf. Elza H. T. Anami Chefe de Divisão de Terapia Intensiva Adulto</p>		

ANEXO 2

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CEP 139/05****Londrina, 12 de julho de 2005.****À Sra.
Prof.^a Julia Trevisan Martins**

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **"PRAZER E SOFRIMENTO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADA POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA"**, bem como o Termo de Consentimento que está de acordo com a Resolução 196/96 – CNS.

Atenciosamente,

Prof.^a Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ANEXO 3

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Diretoria de Enfermagem

Londrina, 06 de junho de 2005.

Prezados Senhores:

Autorizamos a Docente Júlia Trevisan Martins a realizar Pesquisa nas UTIs I e II do Hospital Univesitário – UEL, intitulada “Prazer e Sofrimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas por trabalhadores de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva”.

Atenciosamente,

Mariângela Zuan Benedetti Chenso,
Diretora de Enfermagem.

À
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
USP