

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO:
estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva no maior
complexo hospitalar de Minas Gerais**

Siomara Jesuina de Abreu Rodrigues

Belo Horizonte
2015

Siomara Jesuína de Abreu Rodrigues

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO:
estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva no maior
complexo hospitalar de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Linha de pesquisa: Relações de poder e Dinâmica das organizações

Área de concentração: Organização e estratégia

Belo Horizonte

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

RODRIGUES, Siomara Jesuína de Abreu.

R696p

Prazer e sofrimento no trabalho: estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva no maior complexo hospitalar de Minas Gerais. Siomara Jesuína de Abreu Rodrigues. Belo Horizonte: FNH, 2015.

126p.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório.

Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração.

1. Prazer no trabalho. 2. Sofrimento no trabalho. 3. Enfermeiros - UTI. I. Honório, Luiz Carlos. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título

CDD: 158.72

Ficha elaborada pela Bibliotecária da Faculdade Novos Horizontes

ATA DE DEFESA



Faculdade Novos Horizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **SIOMARA JESUINA DE ABREU RODRIGUES**

Matrícula: 770615

LINHA DE PESQUISA: RELAÇÕES DE PODER E DINAMICA DAS ORGANIZAÇÕES

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Luiz Carlos Honorio

TÍTULO: **PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva no maior complexo hospitalar de Minas Gerais.**

DATA: 12/08/2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luiz Carlos Honorio
ORIENTADOR
Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia
Faculdade Novos Horizontes

Prof.ª Dr.ª Kely César Martins de Paiva
UFMG

DECLARAÇÃO REVISÃO PORTUGUÊS

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado "PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva no maior complexo hospitalar de Minas Gerais", de autoria de Siomara Jesuína de Abreu Rodrigues, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Carlos Honório, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes – Área de Concentração: "Organização e Estratégia".

Dados da revisão:

- Correção gramatical
- Adequação do vocabulário
- Inteligibilidade do texto

Belo Horizonte, 13 de julho de 2015.


Afonso Celso Gomes
Revisor

Registro LP9602853/DEMEC/MG
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Gratidão é um sentimento que deveria ser exercido com maior frequência, para que em momentos de vitória como este, soubéssemos expressar com facilidade e naturalidade toda nossa alegria e satisfação àqueles que fazem parte da nossa história. Neste momento, inicio meu exercício.

A Deus, por diariamente, me sustentar neste sonho e me dar forças para prosseguir. Meu Pai! Amigo Fiel!

Aos meus pais, por na simplicidade, no silêncio e na abdicação da minha presença, compreenderem a importância deste momento para minha formação profissional e pessoal.

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas. Vocês são especiais!

Ao meu esposo, por me apoiar e acreditar que seria possível; por caminhar lado a lado nesta trajetória, que exigiu controle e equilíbrio. Muito obrigada pelo amor eterno!

Á minha filha, Ana Clara, maior razão da minha vida e fonte inspiradora para que eu me torne, dia após dia, uma pessoa ainda melhor. Minha eterna gratidão e meu pedido de perdão pelas brincadeiras que não brincamos, pelas histórias não contadas, pelos passeios não realizados, pelos filmes não assistidos... Enfim, pelo tempo de ausência, física ou psíquica. Você cresceu, o tempo passou e algumas folhas da nossa história ficaram em branco. Mas sei que um dia você me compreenderá e terá orgulho do meu esforço e, juntas, poderemos reescrever estas páginas... Agora posso ser consolada apenas com as lágrimas que aquecem minha face. E responder à pergunta que com frequência me fazia: “Quando vai acabar seu trabalho”? Acabou. Prazer ou sofrimento? Vocês foram minhas estratégias de defesa!

Não posso jamais deixar de mencionar quão privilegiada fui por fazer parte de uma turma de pessoas tão boas, alegres, cultas, inteligentes, amigas, engraçadas, cada uma com um perfil tão marcante que o pouco tempo de convivência foi o suficiente para deixar registros em meu coração. Obrigada, Aline e Raquel!

Aos professores, imensamente, pelo conhecimento transmitido e apresentação de um mundo novo: a ciência da Administração.

À doutora Talita Luz, pelo sorriso sempre carinhoso, pela voz dócil e sábia, transmitida no conselho do melhor caminho a seguir. As aulas de Gestão de Competências foram simplesmente memoráveis!

Ao professor doutor Fernando Coutinho, pelo marco determinante que as elaborações críticas e mentais sugeridas na disciplina Gestão de Pessoas proporcionaram para minhas decisões pessoais.

Ao professor doutor Luciano Zille, professor brilhante, por me fazer encantar ainda mais com a Metodologia da Pesquisa, pelo tamanho zelo e paciência em transmitir seus conhecimentos nesta disciplina que requer constante aperfeiçoamento. Muito obrigada pelas inúmeras contribuições.

Aos professores doutores Wendel; Gustavo, Aleixina, Caíssa, Alfredo Melo que contribuíram durante esta trajetória para meu conhecimento.

Ao professor doutor Luiz Honório, meu orientador, pelo acolhimento de uma jornada semelhante aos primeiros passos titubeantes e incertos de uma criança, em que a confiança para prosseguir só foi possível diante da mão amiga estendida. Uma trajetória marcada por conhecimentos e conquistas diárias, que permitiu uma construção acadêmica e pessoal. A precisão, o cuidado, os detalhes a percepção foram, dentre muitas outras, virtudes que aprendi com o senhor. Tratou minha dissertação como uma obra de arte ou como uma pedra preciosa, que, em seu estado bruto, foi lapidada dia a dia, a mim, como aprendiz, coube a sabedoria para observar quão privilegiada fui em tê-lo como meu orientador.

Aos profissionais da biblioteca, pelo suporte necessário. Em especial, a Murilo, Breno e Adriana.

À Wânia da Secretaria, por sempre me receber com muita gentileza e, com paciência, passar e repassar as orientações necessárias à vivência em pesquisa, qualificação e documentos.

Aos meus colegas enfermeiros, pela imensa contribuição em ter dividido comigo momentos preciosos de suas vidas profissionais. Alguns sentiram-se intimidados, mas posso dizer-lhes que não houve outro momento em que aprendi vivenciei com tanta profundidade. Com vocês tive ainda mais certeza do orgulho de ser enfermeira. Minha eterna gratidão.

À gerente Mara Moura, do Centro de Terapia Intensiva do Grupo Santa Casa, pela receptividade e pelas portas abertas para a realização da minha pesquisa. Também, às coordenadoras do CTI; em especial, à Márcia Voieta.

Ao Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, organização que sempre me abriu as portas para ser a enfermeira que sou e a todos os colegas e amigos do Instituto de Ensino e Pesquisa, por me auxiliarem nesta jornada.

A Helen Couto e Alcinea Costa, coordenadoras da enfermagem FASEH, por que acreditarem em mim e me incentivarem e apoiarem com palavras de conforto.

Aos colegas da FACEMG, por compartilharem minhas angústias, medos e incertezas. Obrigada pelo companheirismo e pelas palavras acolhedoras.

Se me esqueci de mencionar alguém, peço perdão e reforço: esta vitória só foi possível com o apoio, a amizade e a compreensão de todos vocês que embarcaram nesta viagem comigo e sonharam meus sonhos. Muito obrigada!

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

Isaac Newton

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar o trabalho dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte – MG sobre as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, com base na abordagem de Mendes e Ferreira. A Unidade de Terapia Intensiva é reconhecidamente um ambiente favorável ao desgaste físico e mental. Trabalhando nesse ambiente, os enfermeiros compõem uma das categorias profissionais mais vulneráveis a riscos de adoecimento. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Terapia Intensiva do 10º andar do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, com apoio em uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. O método utilizado foi o estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros que atuam na ala B ou D do Centro de Terapia Intensiva. Para a coleta dos dados, aplicou-se uma entrevista semiestruturada baseada no Inventário de Trabalho de Risco de Adoecimento. Os depoimentos foram gravados e, logo em seguida, transcritos, a fim de permitir a análise dos dados, por meio da análise de conteúdo. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo recebido parecer favorável. Antes das entrevistas, todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A análise demonstrou que das categorias que compõem o Inventário de Trabalho de Risco de Adoecimento emergiram subcategorias relacionadas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros. A categoria “contexto do trabalho”, que contempla a organização do trabalho, originou as subcategorias “ritmo de trabalho” intenso, “quantidade de profissionais” a falta não comunicada aflige o enfermeiro, “planejamento do trabalho” não é possível em função da dinamicidade do setor, “cobrança” e “desempenho no trabalho” maior para o cumprimento de questões administrativas. Da categoria “condições de trabalho” emergiram as subcategorias “ambiente físico” adequado, “risco biológico” elevado, “instrumentos e equipamentos de trabalho” são de tecnologia de ponta “informações centralizadas na coordenação”. Da categoria “relações socioprofissionais” emergiu a subcategoria “trabalho em equipe”. A categoria “custos de trabalho” foi subdividida em “custo físico” e foram relacionados ao carregar peso, caminhar durante todo o plantão, “custo cognitivo” para tomada de decisões é preciso conhecimento e experiência profissional e “custo afetivo” descrito pelo distanciamento dos pacientes. A categoria “sentido do trabalho” é composta por: “vivências de prazer” destacaram-se as subcategorias “recuperação do paciente” e “liberdade de expressão” que gera sentimento de satisfação e autonomia. De “vivências de sofrimento” emergiram as subcategorias “reconhecimento e valorização” ausência por parte da equipe e organização e “desgaste profissional” relacionado a conflitos entre a equipe entre outros. A categoria “danos do trabalho”, apresentou como danos físicos a subcategoria “manifestações patológicas” de ordem gastrointestinal, circulatória, osteomuscular e quanto aos danos psicossociais, a subcategoria “relações sociais e familiares” distanciamento dos familiares e amigos. Da categoria “estratégia de defesa”, emergiu as subcategorias “apoio familiar”,

“aconselhamento psicoterápico”, “prática religiosa”, “atividades de lazer” e “uso de medicamentos”.

Palavras-chaves: Prazer no trabalho. Sofrimento no trabalho. Enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The objective of this research was to describe and analyze the work of nurses at the adult intensive care unit (ICU) of Grupo Santa Casa de Belo Horizonte-MG, about the experiences of pleasure and suffering at work, based on the approach of Mendes Ferreira (2007). The ICU is a favorable environment for physical and mental wear and tear. By working in such environment, nurses make up one of the most vulnerable professional categories to risks of illness. The survey was developed on the 10th floor of the ICU of Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. A qualitative approach research of the descriptive type was carried out and the method used was the case study. The subjects of the research were the nurses who work in ward B or D of the ICU. For data collection, a semi-structured interview was applied based on the inventory of Work of Illness Risk, being the statements recorded and then transcribed, in order to perform data analysis through content analysis. The research was submitted to the Ethics and Research Committee with a favorable opinion. Before the interviews, all subjects who had agreed to participate in the research read and signed the Informed Consent Form (ICF). The analysis showed that from the five categories that make up the ITRA, some subcategories emerged related to experiences of pleasure and suffering in the work of the nurses interviewed. The category "context of work", which includes the Organization of work, resulted in subcategories intense "work rate", "quantity of professionals" absence not communicated afflicts the nurse, "work planning" is not possible due to the dynamism of the sector, "demands of work" and a higher "work performance" for the fulfillment of administrative matters. From the category "working conditions" emerged the subcategories appropriate "physical environment", high "biohazard", "working tools and equipment" are cutting-edge technology "centralized information on coordination". From the category "socio-professional relations" emerged the subcategory "teamwork". The category "labor costs" was subdivided into "physical" cost and was related to weight lifting, walking throughout the shift, "cognitive cost" for making decisions it takes knowledge and experience and "emotional cost" described by the distancing of patients. The category "sense of work" is composed of: "experiences of pleasure" the subcategories "patient's recovery" and "freedom of expression", which generates feelings of satisfaction and autonomy, were highlighted. From "experiences of suffering" emerged the subcategories "recognition and appreciation" absence on the part of the team and organization and "professional wear" related to conflicts between the team among others. The category "damage of work", presented as physical damage the subcategory "pathological manifestations" of gastrointestinal, circulatory, musculoskeletal order and concerning the psychosocial damage, the subcategory "social and family relations" distancing from family and friends. From the "defense strategy" category emerged the subcategories "family support", "psychotherapy counseling", "religious practice", "leisure activities" and "use of medicines".

Keywords: Pleasure at work. Suffering at work. Nurses at the Intensive Care Unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos enfermeiros entrevistados	56
Quadro 2 - Categorias e subcategorias do conteúdo das entrevistas	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ATM	Atestado Médico
CPCR	Carrinho de Parada Cardiorrespiratória
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FENAFISP	Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira
FO	Ferida Operatória
GSC-BH	Grupo Santa Casa de Belo Horizonte
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITRA	Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
PCR	Parada Cardiorespiratória
PIA	Pressão Intra-Arterial
POPs	Procedimentos Operacionais Padrões
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RX	Raio X
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TOT	Tubo Orotraqueal
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos da pesquisa	17
1.1.1 Objetivo geral	17
1.1.2 Objetivos específicos.....	17
1.2 Justificativa	17
2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO	20
2.1 O maior complexo hospitalar de Minas Gerais e a UTI clínica	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Psicodinâmica do trabalho	27
3.2 Prazer e sofrimento no trabalho	30
3.2.1 Prazer no trabalho	30
3.2.2 Sofrimento no trabalho	33
3.3 Estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho	38
3.4 O trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva	41
4 METODOLOGIA	49
4.1 Tipo, abordagem e método da pesquisa	49
4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa	50
4.3 Coleta de dados	51
4.4 Tratamento dos dados	53
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	55
5.1 Caracterização da instituição pesquisada, do perfil dos pesquisados e de suas funções gerais	55
5.2 Análise qualitativa: categorias e subcategorias	58
5.2.1 Contexto de trabalho.....	59
5.2.1.1 Organização do trabalho	59
5.2.1.2 Condições do trabalho.....	65
5.2.1.3 Relações socioprofissionais	70
5.2.2 Custos do trabalho.....	75
5.2.2.1 Custo físico.....	75
5.2.2.2 Custo cognitivo	76
5.2.2.3 Custo afetivo.....	78
5.2.3 Sentido do trabalho.....	81
5.2.3.1 Vivências de prazer	82
5.2.3.2 Vivências de sofrimento	84
5.2.4 Estratégias para lidar com o sofrimento	87
5.2.5 Danos do trabalho	88
5.2.5.1 Danos físicos	88
5.2.5.2 Danos psicossociais.....	89

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES	113
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

A Escola de Psicologia do Trabalho teve sua edificação a partir das pesquisas e ideias do médico francês Christophe Dejours, especialista em medicina do trabalho, psiquiatra e psicanalista. Ele conduziu seus estudos com base em dinâmicas e situações diversas de trabalho, que ora levavam os indivíduos ao prazer, ora ao sofrimento, descrevendo o modo como eles podiam seguir diferentes desdobramentos, inclusive os que culminavam em patologia mental ou psicossomática (SILVA, 1994).

Na década de 1970, Christophe Dejours já havia publicado numerosos estudos psicossomáticos relacionados à saúde e ao trabalho. A produção intelectual deste autor ampliou o olhar inovador e integrador quanto ao novo campo escolhido. A disciplina Psicopatologia do Trabalho descreve a relação e a interface do homem com a organização; ou seja, a rigidez, o sistema de imposições e as restrições impostas por esta e, de outro lado, o funcionamento psíquico, caracterizado pela liberdade de imaginação e de expressão dos desejos inconscientes do trabalhador (MENDES, 1995). Esse processo culminou com a publicação, em 1980, na França de seu primeiro livro, *Travail, usure mentale*.

Sete anos após, foi publicado no Brasil o mesmo livro com o título *Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*, do mesmo autor, obra que versa sobre a clínica do trabalho, mas precisamente, o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Os trabalhadores não demonstravam passividade diante das pressões organizacionais, sendo estes capazes de se protegerem dos efeitos devastadores a sua saúde mental. Esse trabalho clínico levou Dejours a estender seus estudos a outras perspectivas, antes focados nas doenças mentais geradas pelo trabalho, agora transferidos para o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento. Por isso, este campo de estudo passou a ser chamado de “Psicodinâmica do Trabalho” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004), que, para Mendes e Ferreira (2007), desenvolve uma análise sociopsíquica do trabalho, tendo como ponto de partida a organização deste para, então, compreender as vivências subjetivas de prazer, sofrimento,

processo saúde-adoecimento e mecanismos de defesa e de mediação do sofrimento.

Mendes e Ferreira (2007) apontam que as vivências de prazer-sofrimento estão de acordo com a subjetividade do indivíduo, influenciadas pela atividade de trabalho e pelo compartilhamento em sociedade. Nessa perspectiva, o trabalho gera um custo humano, que será mediado entre as vivências de prazer-sofrimento, de acordo com os resultados do confronto do sujeito com essa carga e, finalmente, com o impacto desse custo no bem-estar psíquico. Para os autores, as vivências de prazer-sofrimento, os danos decorrentes do trabalho executado, os custos exigidos dos empregados para realizá-lo, o contexto em que as tarefas são desempenhadas e as estratégias utilizadas para se proteger do sofrimento são dimensões que devem ser avaliadas para se compreender os riscos de adoecimento ocupacional.

Os estudos dejourianos sobre a relação entre a organização do trabalho e o indivíduo tornaram-se ainda mais desafiadores e complexos diante das questões do século XXI, em que a ampliação e o surgimento de novas categorias profissionais e a exigência de mercado quanto a um posicionamento cada vez mais atualizado, dinâmico, aprofundado e proativo sequestra a subjetividade (FARIA; MENEGHETTI, 2007) mediante a imposição de regras e normas institucionais. Tal realidade faz com que os indivíduos, de uma forma dinâmica e acelerada, tentem acompanhar as demandas impostas pelas organizações, expondo-se a situações de riscos de adoecimento no trabalho. Interessa a esta dissertação esclarecer como os profissionais enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva vivenciam a relação do prazer e sofrimento no trabalho, por tratar-se de um setor que possui uma rotina estressante e intensa, além da exposição biológica e da pressão constante pela dinâmica do trabalho neste setor.

De acordo com Antunes e Costa (2003), o enfermeiro intensivista é um profissional que assume várias frentes de trabalho, tendo como forte destaque em suas competências profissionais duas grandes linhas. A primeira diz respeito às atividades direcionadas à assistência ao paciente grave, que requerem habilidade, dinamismo, conhecimento científico e técnico, com tomadas de decisões imediatas. A segunda compreende as atividades gerenciais que caracterizam o papel do

enfermeiro enquanto líder, pois ele faz a conexão entre os vários profissionais e a equipe técnica de enfermagem, responsabilizando-se pela mediação de conflitos, educação permanente, comunicação, liderança, tomada de decisão, comunicação e a administração e gerenciamento do setor (BRASIL, 2001).

Faz parte das atribuições diárias do enfermeiro intensivista o convívio com pacientes muito graves, com constante iminência de morte. Para impedir a ocorrência de tal fato, muitos são os recursos tecnológicos dispostos neste setor, além de procedimentos variados, que têm por objetivo recuperar a saúde do indivíduo. Mesmo diante de tantos recursos, não raro, o resultado de todos os esforços é o óbito.

Adicionalmente aos aspectos até aqui relatados, as atividades e manobras executadas pelo enfermeiro, em conjunto com outros profissionais da área, voltadas para o objetivo de obter a estabilização hemodinâmica do paciente expõem-no a vários fatores de desgaste, pois, conforme aborda Guedes (2004), nas organizações as relações de poder, submissão e competição tornam-se espaços perfeitos para a ocorrência de conflitos nas relações interpessoais.

Os turnos alternados fazem parte da rotina de trabalho do enfermeiro, expondo-o ao esgotamento físico, uma vez que suas atividades laborais são realizadas neste contexto. De acordo com Marziale e Rosetraten (1995), o trabalho em turnos alternantes influencia diretamente e de forma negativa as necessidades humanas básicas do indivíduo, como alimentação, sono e repouso, e as questões sociais, como relacionamento com a família, privação da vida social e lazer, além da exposição à fadiga. Todos estes elementos podem suscitar desmotivação e insatisfação na maioria dos profissionais de enfermagem.

O contexto de trabalho expõe o enfermeiro a uma escala desgastante, porque o hospital é um tipo de serviço que funciona ininterruptamente, sete dias por semana, 24 horas por dia. Atualmente, o enfermeiro cumpre uma jornada semanal de 40 horas, variando a escala de acordo com cada instituição.

Tendo em vista as considerações até aqui traçadas, formula-se o seguinte problema de pesquisa: Como são percebidas as vivências de prazer e de sofrimento pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva?

1.1 Objetivos da pesquisa

Para responder à pergunta proposta para a realização desta pesquisa, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

1.1.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o trabalho dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte - MG, quanto às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, com base na abordagem de Mendes e Ferreira (2007).

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o contexto de trabalho em que atuam enfermeiros no setor Unidade de Terapia Intensiva;
- b) Descrever os danos físicos, sociais e psicológicos decorrentes do trabalho dos enfermeiros intensivistas;
- c) Descrever as vivências de prazer e sofrimento percebidas pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do hospital;
- d) Descrever os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos;
- e) Descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com o sofrimento no trabalho.

1.2 Justificativa

Sob o ponto de vista acadêmico, esta pesquisa contribui para a exploração do tema estudado, além de permitir avançar na compreensão das variáveis que envolvem o tema, ampliando as pesquisas associadas ao prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros intensivistas. Para um melhor conhecimento sobre esta categoria

profissional e contribuição ao meio acadêmico, utilizou-se o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), que por ser uma escala, usualmente, é adotado em pesquisas quantitativas (MENDES; FERREIRA, 2007). Porém, neste estudo o inventário foi transformado em um roteiro semi estruturado, de modo a possibilitar a compreensão das dimensões que permitem avaliar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho em uma perspectiva qualitativa. Este procedimento permite a ampliação dos estudos qualitativos que estão sendo realizados na Faculdade Novos Horizontes inspirados no ITRA (BARROS, 2012; PEREIRA, 2013; PRATA, 2013; RIBEIRO, 2011).

A contribuição deste estudo para a instituição pesquisada está relacionada à percepção dos enfermeiros sobre prazer e sofrimento no trabalho na UTI. A partir dos resultados obtidos por meio desta pesquisa, será possível aos gestores do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte (GSC-BH) conhecerem o contexto, os custos, os sentidos e os danos do trabalho particulares aos enfermeiros que atuam na UTI da instituição.

De acordo com Silva (1994), o que Christophe Dejours propõe na Psicodinâmica do Trabalho é que, mais do que um estudo para identificar doenças mentais específicas correlacionadas com as atividades laborais, a nova abordagem é dinâmica e abrangente as transformações do sofrimento mental vinculado à organização do trabalho. Para o autor, entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho há um espaço de negociação idealizado pelo próprio indivíduo sobre a organização do trabalho para adequar as suas demandas de forma a torná-lo o mais próximo dos seus ideais. No entanto, quando essa mediação é esgotada a relação do homem-organização do trabalho fica bloqueada e iniciam-se o sofrimento e a luta contra essa vivência. Como essa luta contra o sofrimento pode ser mediada coletivamente ou individualmente, destaca-se o interesse dos estudos dejourianos pela Psicodinâmica do Trabalho para compreender qual pode ser o impacto desta mediação na organização.

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, em que se apresentam a contextualização do tema, o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa. No segundo capítulo, descreve-se o ambiente em que o estudo foi

desenvolvido. No terceiro capítulo, desenvolve-se o referencial teórico. No quarto capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada nesta pesquisa. No quinto capítulo, procede-se à descrição e análise dos resultados. No sexto capítulo, contemplam-se as considerações finais. Seguem-se as referências utilizadas, o roteiro aplicado na coleta dos dados da pesquisa e a versão completa do ITRA.

2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, descrevem-se a organização e o setor que contextualiza os cenários de trabalho dos enfermeiros pesquisados na Unidade de Terapia Intensiva do maior complexo hospitalar de Minas Gerais.

2.1 O maior complexo hospitalar de Minas Gerais e a UTI clínica

O Grupo Santa Casa de Belo Horizonte/MG, pela sua expressividade no atendimento à saúde, é referenciado como o maior complexo hospitalar de Minas Gerais, com 1.085 leitos, sendo um importante serviço de atendimento para a Capital e cidades do interior do estado.

O complexo hospitalar é composto por: Santa Casa BH, Hospital São Lucas, Centro de Especialidades Médicas Santa Casa BH, Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa BH, Funerária Santa Casa BH, Instituto Geriátrico Afonso Pena, Laboratório Santa Casa BH e Grupo Santa Casa BH.

Inaugurado em 1946, o atual prédio da Santa Casa BH possui 13 andares, cada um com quatro grandes alas, que abrigam unidades de atendimento de 35 especialidades médicas. Ao final de 2012, passou a ofertar 1.085 leitos de alto padrão à rede pública de saúde. As novas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da Santa Casa BH estão entre as mais modernas de Belo Horizonte. A partir de 2000, novo modelo de gestão inaugurou outro capítulo na história da Santa Casa BH. As Unidades de Terapia Intensiva, que em 1997 somavam apenas 20 leitos, hoje contam 170 leitos de alto padrão (Informativo do GSC-BH, 267, 2014).

Segundo dados colhidos no site da instituição, o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte (2014) tem a melhoria da vida das pessoas como princípio e almeja em sua visão empresarial ser reconhecido por sua excelência na prestação de serviços em saúde, geração e difusão do conhecimento fundamentado na missão em promover, de forma sustentável, o atendimento integral e humanizado às pessoas, com qualidade e resolutividade, valorizando seus profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa. Amor pelo que faz, compromisso com as pessoas, segurança

no atendimento, melhoria contínua, transparência nas ações, comportamento ético, equilíbrio econômico-financeiro e responsabilidade socioambiental estão pautados nos valores do grupo.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), todos os hospitais com atendimento terciário com mais de cem leitos devem separar o correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais para tratamento intensivo.

A Unidade de Terapia Intensiva, conforme Lino e Silva (2001) surgiu de uma necessidade logística representada pela figura de Florence Nightingale, que, durante a guerra da Crimeia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os em uma situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. Várias tentativas de organização do cuidado médico e de enfermagem a doentes, com alto grau de complexidade, foram se desenvolvendo com a colocação do paciente próximo ao posto de enfermagem e a elaboração de quartos especializados de acordo com as patologias, até serem criadas as UTIs como são hoje conhecidas.

A UTI é reconhecida como um local onde se presta assistência qualificada e especializada ininterruptamente, sendo dispostos profissionais 24 horas. Independentemente de os mecanismos tecnológicos utilizados serem mais avançados, é um setor especializado e capaz de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico (GOMES, 1998).

O Ministério da Saúde define assim as UTIs:

Unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica. (BRASIL, 1998).

A UTI é um setor muito complexo e de cuidados intensos. Para Vila e Rossi (2002), a própria nomenclatura indica: é intensiva para pacientes e profissionais. A intensidade pode ser vivenciada na ótica dos pacientes que passam pelas inúmeras invasões de procedimentos médicos, tratamentos, realizações de exames, exposição a ocorrência de eventos não desejáveis, dificuldade de estreitamento de

vínculos com profissionais em função do dimensionamento do quadro de pessoal e distanciamento de seus familiares. Na ótica do enfermeiro intensivista, o sofrimento alheio presenciado diariamente na prática profissional e o imediatismo das atividades realizadas para a estabilização do quadro clínico do paciente impõem atitudes simultâneas, que requerem forte controle emocional, cognitivo e físico.

Os pacientes internados na UTI são classificados em três tipos, conforme proposto por Gomes (1998): os que demandam cuidados de enfermagem rigorosos; os que precisam ser acompanhados e investigados continuamente; e os que exigem tratamentos complexos e de equipamentos de apoio. Para assistir um paciente grave, há de se dispor de inúmeros recursos, por exemplo: monitores eletrônicos, respiradores artificiais, desfibriladores para atendimento de urgência, espaço físico adequado e equipe de saúde preparada.

As UTIs devem atender às disposições da Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e da Resolução RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, e dá outras providências (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002; 2010).

As UTIs são classificadas de acordo com seu nível de complexidade no tratamento em: tipo II e tipo III segundo a Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. A UTI foco deste estudo é classificada como tipo III. Esta classificação contempla vários critérios, dentre eles a composição da equipe básica de uma UTI: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva, um médico diarista com título em medicina intensiva para cada 10 leitos nos turnos da manhã e da tarde, denominado como médico horizontal, 1 médico plantonista exclusivo para 10 pacientes ou fração, 1 coordenador exclusivo da unidade responsável pela área da enfermagem, 1 enfermeiro exclusivo da unidade para cada 10 leitos ou fração por turno de trabalho, 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde, 1 técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração por turno de

trabalho, 1 funcionário exclusivo responsável pela limpeza e acesso a cirurgia geral, torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

Ainda reportando à Portaria MS/GM nº 3.432 de 1998, questões relacionadas ao serviço de apoio, como laboratórios, RX, agência transfusional e terapia renal substitutiva, e serviços de nutrição, dentre outros, são descritas com detalhes. A Portaria contempla, ainda, a descrição de materiais necessários ao funcionamento mínimo deste setor, o acesso a exames complementares e diagnósticos e questões relacionadas à humanização no contexto do ambiente, que, neste caso, refere-se: a climatização do ambiente, iluminação natural, divisória entre os leitos, visita diária dos familiares, relógio de parede visíveis em todos os espaços e informação do boletim de evolução diária do paciente aos familiares.

Fundamentado nos valores do GSC-BH, o funcionamento da UTI preza pelo cumprimento das regulamentações e das portarias acima descritas e reporta, ainda, à Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e de outras providências que designam ao enfermeiro a competência de gerência e coordenação da UTI para fazer cumprir todas as exigências dispostas na resolução para a garantia de um bom funcionamento da UTI destinado ao atendimento do paciente gravemente enfermo (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) do GSC-BH são alocados no segundo andar, contando com 40 leitos. Destes, 10 são destinados ao paciente neurocirúrgico, 20 ao CTI clínico operatório e 10 a cirurgias cardiovasculares. No terceiro andar, estão localizados o CTI neonatal e o pediátrico. No quarto andar, localiza o CTI para pacientes coronarianos. No décimo andar, situa-se o CTI com 50 leitos para pacientes clínicos.

Os CTIs do segundo andar e do décimo andar estão sob a responsabilidade da mesma gerência, contando cada um com duas coordenadoras. Estes setores seguem as mesmas ferramentas de gestão e treinamentos, contando apenas com algumas variações específicas de acordo com a demanda interna.

Para a compreensão da temática central proposta nesta pesquisa, o estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva adulto da Santa Casa de Belo Horizonte, localizado no décimo andar do respectivo edifício. Esta UTI, inaugurada recentemente, possui 50 leitos. Destes, 35 estão ativos, sendo 20 destinados a pacientes clínicos gravemente enfermos e instáveis e 15 ao CTI progressivo, para pacientes estáveis, parcial ou totalmente dependentes de cuidados da enfermagem e de suporte ventilatório, permitindo a presença de um familiar acompanhante 24 horas aos pacientes do CTI progressivo.

A equipe de enfermagem do CTI do décimo andar das alas B e D é composta por 15 enfermeiros, sendo 2 enfermeiras coordenadoras do setor, 1 gerente do setor e 12 enfermeiros supervisores, e 58 técnicos de enfermagem. A escala de enfermagem neste setor atende os requisitos exigidos pela RDC nº 7/2010 (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010) de 2 pacientes para cada técnico de enfermagem, independente da taxa de ocupação. Em alguns plantões o número de técnicos é maior. Além dos técnicos de enfermagem responsáveis pelos cuidados diretos ao paciente delegado na escala diária, o setor conta com um técnico de apoio, que dá suporte de acordo com surgimento das demandas.

O CTI é dividido nas alas B e D e possui duas portarias, uma na ala B, utilizada para a entrada de familiares e profissionais do setor, contando com a presença de 2 recepcionista para controlar o fluxo dos familiares; e uma na ala D, utilizada para receber pacientes do bloco cirúrgico e encaminhar pacientes para exames em função do acesso ao elevador de pacientes, que fica fechada e possui uma recepcionista no diurno para fazer o controle de entrada e saída de pacientes. No plantão noturno, os enfermeiros de plantão são responsáveis pelo controle de acesso por esta portaria. Os leitos 51 a 60 estão localizados na ala B, próxima à entrada do setor e do corredor central, pertencendo ao CTI clínico. Os leitos 61 a 76 são do CTI progressivo, também localizados na ala B. Os leitos 41 a 50 estão situados na ala D e também pertencem ao CTI clínico. Para demonstrar o fluxo de atendimento deste setor, foi consultado o relatório anual que consolida o número de atendimento, para apresentação dos dados a seguir: número de admissões em 2014 no CTI alas B e D foram de 819, o número de internação dia das alas B e D foram

de 7459 internações, sendo da ala B 3874 internações e da ala D 3585 internações. No ano de 2015, o número de internações em Janeiro na ala B foi 32 e ala D 33; fevereiro, ala B 34 e D 36; março, ala B 21 e D 41; abril, ala B 28 e D 29 e maio, ala B 34 e ala D 39 internações. O número de internações dia no CTI Clínico é muito variável por ser um setor onde os pacientes permanecem um tempo maior, têm dia que são admitidos quatro pacientes e tem dia que nenhum, sendo a média de duas internações por dia.

Na ala B, todos os leitos possuem duas camas para cada quarto, sendo divididas por cortina. Cada leito possui: monitor cardíaco para monitorização invasiva e não invasiva, com seus respectivos cabos, respirador mecânico, rede de gasometria, bombas de infusão para medicações e dietas, suporte de medicações, escadas, pias e relógio de parede. É disposto material de uso geral do paciente nos leitos. As medicações de horário padronizado são dispensadas por turno, ou seja a cada 12 horas. Em caso de instabilização do paciente, a equipe busca as medicações solicitadas pelo médico na farmácia localizada na ala D, dentro do CTI. O Carrinho de Parada Cardiorespiratória (CPCR) fica localizado no corredor na proporção de 1 para cada 5 leitos. No caso de necessidade de uso, é colocado dentro do leito que será utilizado.

O leiaute do CTI da ala D é disposto em semicírculo. No centro, fica localizado o posto médico, com computadores, impressora, armário suspenso com os impressos utilizados no setor e armários com gavetas abaixo da bancada de granito, também utilizado para guardar materiais. O diferencial da localização deste posto médico é a visualização que os profissionais têm de todos pacientes. Os leitos do CTI da ala D são individuais e separados por cortina. Quanto à aparelhagem, a padronização é a mesma da ala B e o CPCR fica localizado de um lado do posto médico e do outro, mantendo a mesma proporção 1 para cada 5 pacientes.

Compõem a estrutura do CTI, ainda: sala de recepção para os visitantes e familiares, sala de apoio utilizada pela psicologia, farmácia, expurgo, sala de equipamentos, copa para funcionários, vestiário, quarto de descanso separado para técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, sala da coordenação, sala da gerência, postos médicos e sala de reunião.

De acordo com os dados colhidos no *site* da instituição, o atendimento na UTI do GSC-BH é destinado, em sua totalidade, a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes da cidade de Belo Horizonte, região metropolitana e interior de Minas Gerais, que, por meio da Central de Leitos, são encaminhados ao hospital. O perfil dos pacientes admitidos nesta unidade contempla pessoas que em função de alguma patologia clínica evoluíram com instabilidade hemodinâmica, exigindo admissão na UTI. Os pacientes encaminhados à UTI são provenientes de setores de clínica médica distribuídos nos diversos andares do hospital e, também, pacientes externos provenientes de outros hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), via central de leitos.

A função do enfermeiro lotado na UTI é gerenciar e administrar todo este fluxo, de forma que o funcionamento ocorra de forma harmoniosa e tranquila, porém com agilidade, para o paciente, familiares e profissionais, além de executar suas atribuições assistenciais de atendimento e cuidados diretos com o paciente gravemente enfermo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação discorre sobre os seguintes temas: “Psicodinâmica do trabalho”, “Prazer e sofrimento no trabalho”, “Estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho” e “Trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva”.

3.1 Psicodinâmica do trabalho

Com o desenvolvimento industrial e a acentuada divisão entre concepção e execução do trabalho, a aplicação direta dos princípios tayloristas trouxe graves prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, em consequência das prolongadas jornadas de trabalho, do ritmo acelerado da produção, da fadiga física e, sobretudo, da automação e da não participação do trabalhador no processo produtivo, o que configura o parcelamento das tarefas (MENDES, 1995).

Em função das diversas e constantes alterações no mercado de trabalho no âmbito mundial, assim como do surgimento de patologias cujo fator etiológico está relacionado ao labor do sujeito, é que surgiu a Escola de Psicologia do Trabalho, que teve sua edificação a partir das pesquisas e ideias do médico francês Christophe Dejours especialista em medicina do trabalho, psiquiatra e psicanalista, que edificou seus estudos com base em dinâmicas e situações de trabalho, que ora conduziam ao prazer, ora ao sofrimento, descrevendo o modo como eles podiam seguir diferentes desdobramentos, inclusive os que culminavam em patologia mental ou psicossomática (SILVA, 1994).

Nos anos de 1970, Christophe Dejours já havia publicado numerosos estudos psicossomáticos relacionados à saúde e ao trabalho. A produção intelectual deste autor ampliou um olhar inovador e integrador quanto ao novo campo escolhido. A disciplina “Psicopatologia do Trabalho” propunha de um lado, estudos referentes à interface homem/organização, rigidez, sistema de imposições e restrições impostas por estas e, de outro, o funcionamento psíquico, caracterizado pela liberdade de imaginação e pela expressão dos desejos inconscientes do trabalhador (MENDES, 1995).

No final dos anos de 1970, Dejours publicou sua obra de maior originalidade, centrada na dignidade do homem enquanto produtor, em que fazia uma síntese das enquetes clínicas realizadas por solicitação dos próprios trabalhadores, que viria a ser publicada em 1980, intitulada: *Trabalho: desgaste mental*.

Posteriormente à década de 1970, atendendo à solicitação de um apelo comercial, publicou-se no Brasil o livro *Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. Nele, o autor centra a origem da pesquisa na clínica do trabalho o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico para além do modelo causalista. Nesta obra, detectou-se que os trabalhadores não demonstravam passividade diante de pressões organizacionais, sendo capazes de proteger-se dos efeitos devastadores à saúde mental. Este trabalho clínico levou Dejours a abordar seus estudos em outras perspectivas. Antes, estava focado nas doenças mentais geradas pelo trabalho; agora transferiu seu foco para o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

No período de 1986/1987, outros profissionais, em seminários interdisciplinares, propuseram um tema altamente inovador: *Sofrimento e prazer no trabalho*. Desde então, tanto houve uma reformulação quanto se afirmou essa temática perante a comunidade científica, cuja execução propunha, em 1992 mudanças, traduzidas por “*Psicodinâmica do trabalho*”, que incorporavam as questões da psicopatologia do trabalho e da psicanálise (BUENO; MACÊDO, 2012; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

A psicodinâmica do trabalho trata-se de uma abordagem científica desenvolvida na França, em que Christophe Dejours vinha pesquisando há mais de trinta anos a vida psíquica no trabalho, tendo como foco principal o sofrimento psíquico e as estratégias de defesa elaboradas pelos trabalhadores para a transformação e superação do trabalho em fonte de prazer (DEJOURS, 2004).

Os pressupostos compartilhados pela abordagem da psicodinâmica do trabalho resumem-se em quatro pontos: interesse pela ação do trabalho; entendimento do trabalho; defesa de uma teoria do sujeito; e preocupação com o sujeito e o coletivo em situações de vulnerabilidade no trabalho (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011). O

trabalho não é constituído somente da atividade laboral, englobando também várias outras dimensões, como a cultural e a social: trabalhar é viver junto (BUENO; MACEDO, 2012). Martinez e Paraguay (2003) consideram que o trabalho auxilia na construção da identidade e da subjetividade do trabalhador.

Pautado nos pressupostos acima, Mendes (1995) argumenta que o indivíduo posiciona-se de maneira diferenciada diante das situações de trabalho por posicionar-se em relação a este com sua própria história de vida. Nesse contexto, os problemas surgem de relações conflituosas. Se, de um lado, a organização impõe regras e normas a serem seguidas pelo trabalhador, de outro, há um indivíduo em busca de prazer. O sofrimento é invisível, não mensurável, sendo possível tornar-se visível e acessível pela fala, no momento em que o sujeito nomeia o que sente (BUENO, MACÊDO, 2012). O sofrimento em si não deve ser tomado como patologia, mas como um sinal de alerta para que algum tipo de ação seja mobilizado (MENDES; ARAÚJO, 2011).

Os estudos da psicodinâmica do trabalho também ascendem no Brasil quando pesquisadores utilizam a abordagem para conhecer as diversas áreas, a saber: da saúde, com Merlo e Mendes (2009), da arte, com Macêdo (2010), do entretenimento com Bueno e Macêdo (2009, 2012) e do lazer com Bueno, Macêdo e Heloani (2011), Souza (2011) e Ferreira (2011). Tais estudos obtiveram uma conotação diferenciada quando se iniciaram, nos anos de 1990, na Universidade de Brasília (UnB), no programa de Psicologia Social e do Trabalho, articulados à linha Indivíduo e Contexto Organizacional, que incluía a ergonomia. O livro *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*, de Ana Magnólia Mendes, analisa a evolução das relações entre o ser humano e o trabalho no Brasil e apresenta o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) como instrumento de diagnóstico para identificar os fatores de riscos aplicados a diversas categorias profissionais, considerando as abordagens quantitativa e qualitativa (MENDES; FERREIRA, 2007).

No V Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, Mendes e Araújo (2012) apresentaram um modelo da aplicação na psicodinâmica constituído por três eixos norteadores: organização do trabalho; modo de trabalhar; e

patologias. O primeiro eixo compreende a organização do trabalho em que estão delimitados o prescrito e o fazer real do trabalho, trabalho vivo. No segundo eixo, compreendem-se: mobilização subjetiva, inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento entremeado ao prazer e à saúde e qualidade do trabalho e ao sofrimento criativo, que contempla o sofrimento patogênico, as estratégias defensivas individuais e coletivas e a ideologia defensiva. No terceiro eixo, estão as patologias relacionadas a: sobrecarga, violência, normopatias e compulsão, que geram o adoecimento.

A psicodinâmica do trabalho, portanto, possibilita a compreensão contemporânea sobre a subjetividade do trabalho e o modo como o indivíduo se posiciona na interação social exigida na organização (ROIK; PILATTI, 2009). Essa abordagem trouxe novo olhar às ciências do trabalho, ao propor a criação de espaços de discussão em que o trabalhador pode expressar sua voz, seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho que respondem pela maioria das causas geradoras de prazer e sofrimento (DEJOURS, 1992), além de ser um novo método, que passa por aprimoramento para consolidar respostas mais precisas sobre a saúde mental e o trabalho (MERLO, 2002).

3.2 Prazer e sofrimento no trabalho

Esta seção descreve as vivências de prazer e sofrimento que envolvem o indivíduo no trabalho.

3.2.1 Prazer no trabalho

O prazer no sentido psíquico é a condição de equilíbrio e adaptação do indivíduo em situações adversas, sem, no entanto, padecer da instabilidade psicológica. É a capacidade do funcionamento pessoal em sua totalidade. Na liberdade, expressa realizar o que almeja enquanto indivíduo e desenvolver relações satisfatórias com os outros e com a sociedade (TOLEDO; GUERRA, 2009).

Pode-se afirmar, então que o prazer está relacionado à conquista pessoal, sendo este um dos objetivos almejados no trabalho, o qual, quando vivenciado, o sujeito se

certifica de que a atividade desenvolvida por ele é relevante para a sociedade e a organização (HERNANDES; MACEDO, 2008). O trabalho tem importante função na construção da identidade do sujeito, pois permite ao trabalhador o envolvimento de vários sujeitos, cada qual com sua realidade, o que, do ponto de vista social, permite a elaboração de relações sociais. Por este motivo, as influências vivenciadas neste âmbito podem ter efeitos positivos ou negativos dependendo da colocação entre o sujeito e a atividade. Assim, o contexto em que trabalho é desenvolvido possibilita ao sujeito avaliar a atividade como significativa ou não e o sentido que ela representa para si, emergindo a partir deste vivências de prazer ou sofrimento (FERREIRA; MENDES, 2001).

Dejours (1993) aborda que o trabalho não é realizado apenas para a sobrevivência financeira, mas é um meio de o indivíduo se envolver socialmente, sendo os aspectos psíquicos e físicos interligados. De um lado, o fator de sofrimento expõe o indivíduo ao risco de adoecimento; de outro, o sentido do prazer gera equilíbrio e permite que as pessoas desenvolvam-se. As vivências de prazer estão relacionadas com as condições físicas do indivíduo e o propósito de efetuar suas atividades.

As vivências de prazer e sofrimento para Mendes e Tamayo (2001) são formalizadas em um único construto, interposto por três fatores: valorização, reconhecimento e sofrimento. A valorização é caracterizada quando o indivíduo percebe que seu trabalho tem sentido e valor por si mesmo, sendo importante para a organização e para a sociedade. Já o reconhecimento é constatado quando o indivíduo é aceito e admirado no trabalho, tem liberdade para expressar sua individualidade e realiza de maneira compatível as atividades prescritas e reais, além de haver a flexibilidade da organização para permitir que o sujeito se ajuste a situações adversas, o que possibilita vivências de prazer (FERREIRA; MENDES, 2001). Já o sofrimento é percebido quando ocorre o desgaste no trabalho, refletindo em cansaço, desânimo e descontentamento do sujeito.

As ocorrências de prazer podem também ser vivenciadas quando o sujeito tem a oportunidade de exercitar sua criatividade e a expressão pessoal, o que gera nele orgulho e admiração, aliados ao reconhecimento de chefias e colegas (MENDES; ABRAHÃO, 1996). A valorização e o reconhecimento do trabalhador permitem que

ele sinta-se gratificado ao perceber que atividades desenvolvidas por ele são importantes para a organização e a sociedade. Ainda, quando o indivíduo tem a oportunidade de expressar em seu trabalho características pessoais associadas à admiração e ao orgulho pelo que faz, paralelamente ao reconhecimento, isso indica que o prazer é experimentado pelo trabalhador, implicando a realização de uma tarefa significativa e importante. O prazer vivenciado na ótica da valorização e do reconhecimento é também definido por Ferreira e Mendes (2001) em duas vertentes significativas: a valorização como a conscientização do sentido e o valor que o trabalho em si possui; e o reconhecimento como identificação pelo indivíduo da aceitação e da admiração no trabalho diante da liberdade de expressão, fomentando a individualidade do trabalhador.

As vivências de prazer podem ser experimentadas, conforme propõem Hernandez e Macedo (2008), pela oportunidade de inserção no mercado de trabalho. Quando o indivíduo não está excluído deste meio, tem a oportunidade de ser reconhecido pelos outros e, na sociedade, construir sua identidade social. Na psicodinâmica do trabalho, o prazer pode ser vivenciado, mesmo em condições precárias, quando a organização do trabalho permitir que o trabalhador desenvolva ações de mobilização da inteligência prática, do espaço público da fala e da cooperação (MENDES; FERREIRA, 2007).

Mendes e Tamayo (2001) afirmam que o prazer-sofrimento é vivenciado pelo trabalhador por meio de sua subjetividade e intersubjetividade, a partir do momento em que ele passa a relacionar-se com outros e tem seus valores e princípios realçados. Então, é conduzido a sobreviver como elemento responsável pela socialização das normas e regras da organização, pois cada trabalhador irá vivenciar suas tarefas e compartilhar suas relações pessoais, afetivas e profissionais no contexto organizacional.

A organização, como afirma Lacaz (2000), quando se ocupa da saúde do trabalhador e previne a ocorrência de adoecimento, proporciona-lhe qualidade de vida e empenha-se em melhorar sua função. Então, o trabalho pode ser origem de fontes de prazer (CAVALCANTE, 2009), pois o aprendizado também proporciona

interação em grupo e produz no sujeito o sentimento de capacidade quando há um novo aprendizado (MARDEGAN; GODOY, 2009).

A motivação e a satisfação são outros sentimentos relevantes na vivência de prazer no contexto das organizações, haja vista ser possível ao indivíduo sentir-se seguro na realização das atividades e, conseqüentemente, aumentar a produtividade, o que será benéfico para a organização e para ele (BONFIM; STEFANO; ANDRADE, 2010).

Muitos são os fatores que proporcionam as vivências de prazer no trabalho. No entanto, o que determina é o desdobramento que o indivíduo assume diante as interações dinâmicas entre a organização e o sentido subjetivo que este possui para consolidar a vida profissional no contexto em que está inserido (MENDES; FERREIRA, 2007).

3.2.2 Sofrimento no trabalho

O termo *trabalho*, em sua origem, vem do latim *tripaliu*, que, em sua essência, significa “tortura”. Até a Idade Média, o trabalho era destinado aos escravos e pobres. Após o século XIV a Revolução Industrial ampliou sua conotação em amplos sentidos. Nos tempos atuais, possui significados diversos em relação às tendências de mercado, no Brasil e no mundo. Neste contexto, pode ser percebido sob a ótica negativa, associado a sofrimento e a ausência de liberdade (LOURENÇO; FERREIRA; BRITO, 2009).

Para Freud (1974), o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para este, ainda que seja um perigo desconhecido (angústia) ou medo, quando é conhecido; ou susto quando um sujeito encontra um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. O sofrimento pode ser também uma reação do indivíduo diante de uma manifestação de insistência de um ambiente não favorável.

O sofrimento é definido a partir do fator desgaste, que é a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento em relação ao trabalho. Verifica-se, então, que a discrepância entre tarefa prescrita e atividade real, enquanto desencadeadora de um

custo psíquico para o trabalhador, traz consequências para a organização do trabalho em termos da natureza da tarefa em si e das relações socioprofissionais, quando o sujeito se coloca em estado de esforço permanente para dar conta da realidade, muitas vezes, incompatível com seus investimentos psicológicos e seus limites pessoais, gerando sofrimento (FERREIRA; MENDES, 2001).

Várias são as condições de trabalho que implicam a perda de saúde do trabalhador. Elas merecem destaque quando o trabalho é executado em contextos insalubres e penosos, pois tal ambiente causa doenças, encurta a vida ou mata os trabalhadores. É histórico o nexos entre trabalho e sofrimento físico. A legislação trabalhista brasileira reconhece a existência de afecções profissionais provenientes da relação de causa e efeito entre vários agentes físicos (barulho, temperatura e irradiações), químicos (poeira e vapores) e biológicos (vírus e bactérias) e a saúde somática dos trabalhadores (LIMA; CASTANHA, 2011).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) vão além das exposições conhecidas pela legislação trabalhista brasileira e de outros países ao revelar que o desgaste no trabalho não deveria ser reduzido somente a pressões físicas, químicas, biológicas ou, mesmo, psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, habitualmente estudados. Para eles, é fundamental considerar no trabalho a dimensão organizacional, focada na divisão de tarefas e nas relações de produção, contrapondo-se à concepção tradicional da ergonomia, baseada na análise das condições de trabalho.

O sofrimento vivenciado pelo trabalhador, segundo Dejours (1992), em relação as suas atividades advém das formas como as organizações de trabalho exigem e enrijecem o cumprimento das normas, pautadas na divisão, no conteúdo da tarefa, na hierarquia, na modalidade de comando, nas relações de poder e nas questões de responsabilidade. Todas estas pontuações são vivenciadas pelos enfermeiros intensivistas, agregando a estes o desejo expresso de melhorar os fatores sociais e de precariedade dos pacientes e de seus familiares. Isso gera forte incômodo ao profissional, pois o enfermeiro tem em sua atuação não apenas a estabilização do quadro hemodinâmico do paciente grave, mas também o acolhimento da família e a busca pela compreensão do contexto social em que o paciente e seu familiar estão

inseridos, uma vez que isso acarretará diretamente nas condições viáveis que o paciente terá para contribuir em sua recuperação após a alta hospitalar.

O sofrimento do indivíduo, de acordo com as ideias expostas por Brant (2001), não pode ser definido a partir do acontecimento. É necessário contextualizar a condição do ser no tempo e no espaço. O homem inicia seu sofrimento quando reconhece sua finitude e, então, entra num processo de sofrimento que ultrapassa o âmbito psicológico, sobretudo o existencial. Mas esse sofrimento agregado com o existencial permite a construção do sujeito, pois há uma construção do ser na promessa do futuro, e este é o diferencial do ser humano para o ser animal; ele está apto a remodelar sua vivência ainda que pautada no sofrimento numa expectativa de futuro.

O trabalho, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), é composto por elementos capazes de influenciar a formação da autoimagem do trabalhador, que, muitas vezes, origina o sofrimento por meio das vivências de medo e tédio, podendo emergir sintomas como ansiedade e insatisfação. O sofrimento, além de ter origem na mecanização e robotização das tarefas, nas pressões e imposições da organização do trabalho e na adaptação à cultura ou à ideologia organizacional, apresenta-se nas pressões de mercado e nas relações com os clientes e com o público. E, também, é causado pela criação das incompetências, significando que o trabalhador se sente incapaz de fazer face às situações convencionais, inabituais ou erradas, quando acontece a retenção da informação que destrói a cooperação.

Vivências de sofrimento, de acordo com Ferreira e Mendes (2001), surgem a partir da associação da divisão e padronização de tarefas com a subutilização do potencial técnico e da criatividade, da rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, das ingerências políticas, da centralização de informação, da falta de participação nas decisões, do não reconhecimento e da pouca perspectiva de crescimento profissional.

Como o construto do prazer e do sofrimento é interdependente, a vivência profissional traz uma carga de trabalho que o enfermeiro intensivista vivencia como um fator de exposição ao sofrimento, conforme afirmam Balsanelli, Zanei e Whitaker

(2006) ao salientarem que quanto maior a gravidade do paciente assistido mais intensa se torna a carga de trabalho. Nesse contexto, o sofrimento não se restringe apenas no momento em que o profissional está próximo do paciente, mas também de vivências de sofrimento psíquico, como angústia e altos níveis de ansiedade.

Dentre os aspectos abordados sobre o sofrimento no trabalho, o da relação de trabalho tem suas inferências e é classificado por Siqueira (1991) em categorias: macrossociais, organizacionais e microssociais. A categoria microssocial é composta por: organização do trabalho, gestão da força de trabalho, condições de trabalho e formas de regulação de conflitos. Para a autora, a definição de organização do trabalho considera as maneiras de dividir e de sistematizar as tarefas e o tempo em grupos de trabalhadores, as especialidades decorrentes e as qualificações exigidas, as sequências, os ritmos e cadências, a padronização e a autonomia, a participação do trabalhador na programação e o *locus* de realização das tarefas. As condições de trabalho implicam não somente as condições ambientais e os riscos específicos envolvidos no trabalho dos grupos analisados, mas também a introdução da subjetividade do empregado, refletindo a representação de seu modo específico de trabalhar/desgastar-se, incluindo a saúde mental e o estresse (SIQUEIRA, 1991).

Várias são as condições que podem levar o indivíduo ao sofrimento no trabalho, a exemplo da ocorrência de situações constrangedoras, podendo ser compreendido como constrangimento palavras ou comportamentos que, por sua repetitividade, agridem a parte psíquica ou física do indivíduo, promovem intimidação na realização das atividades e, conseqüentemente, deterioram o clima de trabalho. Tal situação pode ocorrer entre a chefia e os colegas de trabalho (SILVA, 2005).

Outra condição que predispõe à vivência de sofrimento é o esforço físico pesado, que conduz o trabalhador ao sofrimento, podendo gerar danos físicos e cognitivos ao indivíduo e, como consequência emergir a fadiga, que reduzirá o ritmo de trabalho, a atenção e a rapidez de raciocínio, tornando-o menos produtivo e mais sujeito a erros e acidentes (SILVA, 1999). A sobrecarga de trabalho exigida pela organização extrapola as condições do trabalhador e o distancia de seus objetivos pessoais que assume em relação às metas da organização, as quais são cada vez

mais elevadas, sendo este um fator que proporciona sofrimento e dificulta a mediação e, conseqüentemente, aumenta o risco de doenças (MENDES; FERREIRA, 2007).

Quando abordados sobre as vivências de sofrimento, Mendes e Tamayo (2001) afirmam que o sofrimento pode ser vivenciado e expresso em forma de desgaste em relação ao trabalho. Ele pode ser percebido pela sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. Para Ferreira e Mendes (2001), as vivências de sofrimento estão associadas a questões como tarefa, condições técnicas, hierarquia, burocracias, concentração de informações, não reconhecimento e falta de perspectiva de ascensão profissional.

Cada indivíduo, no entanto, manifesta o sofrimento de uma forma diferenciada, conforme afirmam Brant e Minayo-Gomez (2004), em função da influência da família, da cultura e de outras questões. Tudo isso faz com que cada indivíduo reaja ao sofrimento de forma diferente quando submetido às mesmas condições ambientais adversas. O que é vivenciado como sofrimento por alguém pode ser vivenciado como prazer para outro, e vice-versa. Um acontecimento em determinado momento pode significar sofrimento, mas em outro, satisfação. Portanto, o prazer e a dor podem ser entendidos como uma mesclagem do sofrimento.

O indivíduo, portanto, não fica imparcial diante do sofrimento. Mendes e Ferreira (2007) afirmam que algumas estratégias são desenvolvidas para mediar o sofrimento, como racionalização, passividade e individualismo. São estratégias que ajudam o indivíduo a lidar com sentimentos de frustração e sofrimento, percebendo a racionalização como uma forma de justificar e explicar os motivos que causam o sofrimento. Enquanto o individualismo surge como uma reação diante da impotência na busca da naturalização de problemas que originam o sofrimento, a passividade surge como estratégia contra um aborrecimento ou, mesmo, diante de ameaças à estabilidade da empresa.

3.3 Estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho

Em meados do século XX, houve a tentativa de elaborar uma clínica de afecções mentais cuja origem tenham sido o trabalho. No entanto, as investigações daquela época ainda seguiam fortemente as características do “modelo teórico causal”, que reforçam as “evidências entre as doenças mentais e trabalho”, de cunho patogênico ancorado ao modelo biológico (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 218). Diante do fracasso em demonstrar esta correlação, os estudos dejourianos deram foco nas estratégias produzidas pelos trabalhadores para enfrentar as adversidades vivenciadas no trabalho para evitar o sofrimento e a evolução de doenças.

Neste período, Dejours (1992) defendia que o sofrimento é uma vivência subjetiva que intermedia a “doença mental e o conforto”. Nesta ótica, o sofrimento implica uma disputa do sujeito com as forças do trabalho, que o conduz à doença mental (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 219). A partir disso Dejours (1992) passou a realçar a escuta dos trabalhadores para compreender o sentido do sofrimento e as dimensões da relação do sujeito no processo saúde-trabalho. Constatou que os trabalhadores tentam dominar a doença de alguma forma. Dejours (1992) implementou a ideia das estratégias defensivas como uma elaboração social cujo intuito é o de promover o domínio e a diluição da vivência de sofrimento e a manutenção do estado saudável.

O sofrimento é uma vivência intensa e duradoura, na maioria das vezes, inconsciente de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, oriundas do conflito entre as necessidades de gratificação do indivíduo e a restrição no ambiente de trabalho. As vivências de sofrimento se originam de situações adversas provenientes das dimensões da organização, das condições e das relações de trabalho que estruturam o contexto de produção de bens e serviços. Elas constituem indicadores de mal-estar no trabalho e se manifestam por meio de sintomas de ansiedade, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste (FERREIRA; MENDES, 2007).

Diante das dificuldades e das inúmeras exposições vivenciadas pelo trabalhador em seu contexto de trabalho e na organização, Mendes e Ferreira (2007) afirmam que o

indivíduo elabora estratégias para a mediação do sofrimento de forma sutil, engenhosa, diversificada e criativa, para resistir às condições adversas no trabalho e, conseqüentemente, minimizar o sofrimento e evitar o adoecimento. Brant e Minayo-Gómez (2004) afirmam que, de acordo com a teoria dejouriana, o adoecimento pode ocorrer quando há contenção da energia pulsional gerada por uma circunstância de trabalho que bloqueia a adequada descarga psíquica e quando há o enfraquecimento das estratégias coletivas dos trabalhadores. Em estudo desenvolvido com enfermeiros para identificar as estratégias de defesa utilizadas, foram apontadas algumas condições de alienação, como: ausência de comunicação ou o esquivar-se da comunicação com a família e paciente, distanciamento do paciente, afastamento emocional e supervalorização dos procedimentos técnicos em função da relação interpessoal (MENDES, LINHARES, 1996).

As estratégias de defesa podem ter duas vertentes de mobilização, uma de cunho coletivo e outra de cunho individual. A mobilização coletiva destaca-se pela disposição da coletividade dos trabalhadores de modificar o contexto de produção e, conseqüentemente, minimizar o custo humano. Tem como objeto mais importante as vivências de prazer por meio da elaboração de um espaço público para a exposição de suas ideias, com base em uma relação de cooperação e confiança mútua no ambiente de trabalho. Já as estratégias individuais de defesa objetivam minimizar o custo humano e as vivências de sofrimento com o signo da negação e da dominação excessiva, que “protegem o ego mas conduz a alienação quando utilizados excessivamente” (MENDES; BARROS, 2003, p. 66).

Nesta perspectiva, as estratégias individuais minimizam o sofrimento, mas não transformam os aspectos nocivos ao sofrimento presentes, enquanto as estratégias de mobilização coletiva reduzem ou eliminam o sofrimento e modificam a situação de trabalho. Enfim, enquanto o mecanismo de defesa individual apóia-se no fato de a presença física do objeto encontrar-se interiorizada, no mecanismo de defesa coletiva o trabalhador depende da presença de condições externas e se sustenta no consenso de um grupo específico de trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Categorias de signos, conforme estudado por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), são indicadas como utilização de estratégias defensivas em determinadas condições de trabalho, as quais devem ser pesquisadas de acordo com a intensidade com que emergem no contexto que envolve o sofrimento, a organização e as condições e relações de trabalho. Isoladamente, os signos não apresentam propriamente uma defesa, sendo necessário contextualizar sua origem.

Dentre os signos destacados por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), indicam-se o investimento desproporcional que o indivíduo arremete-se à família, a execução de atividades extraprofissionais, a busca constante por tranqüilidade, a rejeição de conflitos e a negação da realidade em suma, evitam a conscientização de situações desagradáveis o presenteísmo, definido com presença exagerada no local de trabalho fora do horário, a forte sintonia das equipes, em que transforma o agir em valores e o individualismo, quando realiza tarefas autônomas no próprio grupo, ocorrendo também rupturas no grupo e dispersão das formas de convivência, bem como competição excessiva.

Mendes (1996) constata a presença de alguns desses signos como antecessores de defesas a inconsistências protagonizadas nas organizações de trabalho e que imobilizam os trabalhadores diante da impossibilidade de alterações, restando-lhes a utilização das seguintes estratégias: racionalização, passividade e individualismo. A racionalização emerge enquanto justificativa da frustração da fragmentação do planejamento *versus* execução e da ruptura psicoafetiva entre colegas. Já o individualismo pode ocorrer como estratégia diante da impotência e da naturalização de situações promotoras de sofrimento. A passividade emerge contra a instabilidade, mediante o risco da perda de emprego, estratégia contra o tédio.

Todas as pesquisas desenvolvidas por Mendes (1996) sobre estratégias defensivas relacionadas ao sofrimento no trabalho concluem que as defesas são necessárias para a saúde do trabalhador, embora o ideal seja que o lugar de trabalho seja um lugar de prazer e possibilite ao trabalhador constituir-se enquanto sujeito por meio da confirmação de sua identidade pessoal e profissional.

3.4 O trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva

A UTI nasceu de uma necessidade logística, Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia, em que selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. Várias tentativas de organização do cuidado médico e de enfermagem a doentes com alto grau de complexidade foram desenvolvendo-se com a colocação do paciente próximo ao posto de enfermagem e a elaboração de quartos especializados de acordo com as patologias, até serem criadas as UTIs como são hoje conhecidas (LINO; SILVA, 2001).

Em 1946, surgiram nos hospitais americanos com as salas de recuperação cirúrgica e as unidades de choque os primeiros escopos para criação de UTIs (SHIMIZU, 2000; LINO; SILVA, 2001). Nas décadas de 1960, com a observação de pesquisadores de que pacientes graves, em sua maioria, possuíam fisiopatologias comuns e que o acompanhamento das funções vitais juntamente com o controle infeccioso garantia a sobrevivência deste foram então criadas as UTIs (SIMÃO, 1976).

Nos Estados Unidos, as primeiras UTIs foram baseadas na complexidade assistencial e na gravidade do quadro clínico apresentado pelo paciente. Aliado a este contexto, o cenário econômico e político exerceu pressões para a expansão das UTIs, tendo em vista os lucros dos fabricantes com as crescentes vendas de equipamentos hospitalares no país e no mundo (WAITZKIN, 1981).

No Brasil, as UTIs surgiram a partir da década de 1970, quando a busca pela modernização também alcançou o setor saúde. O objetivo era possuir um setor com tecnologia de ponta e concentrar recursos humanos e materiais especializados, com vistas a garantir uma assistência qualificada nos níveis de atenção secundário e terciário, de modo a obter destaque para a expansão e ampliação de UTIs, principalmente, nos grandes centros (IDE, 1989).

A UTI é um setor que precisa constantemente renovar suas tecnologias e equipamentos. Por isso, demanda custos elevados. Dessa forma, os hospitais

públicos não conseguiram acompanhar a exigência da modernização, sofrendo com o sucateamento de seus equipamentos, o que reflete diretamente na equipe de enfermagem, que se confronta a partir desta condição com a dicotomia aquilo que é prescrito e aquilo que é executável (SHIMIZU, 2000). O corpo apresenta-se inofensivo diante da impossibilidade de contar com o recurso adequado para a execução de suas tarefas como também o aparelho mental é fragilizado (DEJOURS, 1992).

O trabalho do enfermeiro na UTI é caracterizado pelo manuseio e domínio do forte aparato tecnológico utilizado na prestação de assistência ao paciente gravemente enfermo. No entanto, paralelo ao recurso disponível neste setor, o enfermeiro vivencia a depreciação do aspecto subjetivo das pessoas inseridas neste ambiente, como pacientes, familiares e os próprios trabalhadores (VIANA; CROSSETI, 2004). Associado a estas dificuldades, os profissionais de enfermagem, em sua maioria, exercem suas funções em um ambiente insalubre, perigoso e penoso, por ser um local favorável ao adoecimento e aos riscos de incidentes em razão da exposição física e psíquica dos trabalhadores (ELIAS; NAVARRO, 2006). A exposição de ordem psíquica parece ascender de forma expressiva nos tempos atuais em função da forte pressão social a que estão expostos estes trabalhadores e da ocorrência de transtornos mentais, que se tornam ainda mais frequentes (PITTA, 2003; AQUINO, 1996).

A diversidade e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, assim como a hierarquia, o ambiente de trabalho que envolve todo o seu contexto e o confronto diário com o “sofrimento, a dor e a morte são causadores de carga mental excessiva no trabalho das enfermeiras, os quais podem levar a fadiga” (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995, p. 60).

A UTI conta com diversas peculiaridades. O anúncio da enfermagem como trabalho vai além da profissão com competência técnico-científica, pois a expectativa do paciente em relação ao enfermeiro é que este execute suas atividades com plena competência e habilidade e que o compreenda, bem como seus familiares em seus anseios e temores, sem, contudo, envolver-se. Com foco nessas demandas, é

rotineiro no labor do enfermeiro vivenciar sentimentos de medo, incertezas, angústia, prazer e sofrimentos e tantos outros que, naturalmente, impossibilitam a elaboração emocional das experiências vivenciadas relacionadas ao labor (MELO, 2000).

Outra questão que dissimula o labor diário do enfermeiro é que o trabalho em saúde ainda é especializado, cada profissional desenvolve suas atividades individualmente embora as condutas estejam centralizadas na figura do médico, sendo todos os profissionais da saúde subordinados às decisões deste profissional; contudo ainda prevalece uma certa autonomia para tomada de decisões dos demais trabalhadores da saúde (LIMA,1998).

Para o enfermeiro que atua na UTI essa autonomia pode ser configurada pela dinamicidade do setor e pela vasta complexidade que o constitui, pela vivência do processo do cuidado ao paciente crítico em relação às orientações fornecidas à equipe de enfermagem nas tomadas de decisões, em que se priorizam condutas e procedimentos, superando, dessa forma, a fragmentação do processo de trabalho. Esta condição de negociar o modo de gestão de trabalho ou planejamento com o prescrito pela organização, por meio das normas e rotinas com as demandas imprevistas, possibilita ao enfermeiro vivenciar de forma mais satisfatória seu trabalho neste setor (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

A centralização das atividades ora na figura do médico ora na figura do gestor é forte herança dos modelos clássicos da administração, que, mesmo com os avanços nos últimos anos no setor saúde, tem forte prevalência. Contudo, o modelo taylorista, que tem como característica marcante a necessidade de manter o trabalhador alienado, é um dos modelos mais utilizados pelos gestores em saúde quando se deseja controlar e determinar diariamente, por meio de protocolos e padronizações, o cotidiano do enfermeiro (MERHY, 1997; CAMPOS, 2000). Diante todo contexto vivenciado pelo enfermeiro que atua na UTI descrito até aqui, cabe ressaltar que a prática de enfermagem na UTI é diferenciada dos demais setores quanto às especificidades e à dinâmica de trabalho, o que aumenta a vulnerabilidade ao desgaste físico e mental. O objetivo primordial da assistência prestada neste setor é tratar e atender o paciente gravemente enfermo, e para isso utiliza materiais e equipamentos sofisticados, o que requer da equipe habilidade para o manuseio e a

interpretação dos dados fornecidos por estes equipamentos no acompanhamento e evolução do paciente (CAMPOS, 2008).

Bulhões (1994) considera que o serviço de enfermagem é de suma importância e, ao mesmo tempo, vulnerável, estando relacionado a cinco fatores intrínsecos da organização do trabalho: a individualização dos profissionais; a prestação de assistência ininterrupta; a responsabilidade por maior parte das ações de saúde; o maior contato físico com o paciente; e a formação diversificada que acarreta na dispersão das atuações.

A diferenciação do setor também pode ser destacada pela regulamentação da Resolução RDC nº 7/2010, que define a estrutura mínima de funcionamento da UTI quanto a: estrutura física, composição da equipe, materiais e equipamentos, especialidades e serviços de apoio, entre outras disposições (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Por toda a composição que define e diferencia a UTI dos demais setores, o trabalho em saúde pode ser classificado em três categorias de tecnologia do trabalho: as “duras”, que abarcam os equipamentos, as normas e as estruturas da organização às quais pertencem as máquinas e os insumos de trabalho; as “leves-duras”, que são assim denominadas porque a parte dura refere-se à parte técnica, enquanto a leve é a maneira como cada trabalhador conduz seu conhecimento para manejar a técnica e a tecnologia; e a “leve”, classificada de acordo com as relações, refere-se à atitude própria do profissional, conduzida pela intencionalidade, associada ao conhecimento, ao modo de ser; à subjetividade, à gestão para pautar os processos de trabalho. Ou seja estas tecnologias estão ancoradas nas relações (MERHY, 1997; 2002).

Neste contexto, pode-se afirmar que trabalho do enfermeiro na UTI é relacionado a uma rotina de manuseio de monitores, respiradores mecânicos e bombas de infusão, entre outros equipamentos, que são programados para assistir o paciente. Merhy (2002) afirma que o processo de trabalho vinculado a uma programação prévia dos aparelhos limita o trabalhador pela ação dos comandos dos instrumentos e distancia o enfermeiro do paciente, o que gera a produção de um processo frio e duro dos procedimentos. Outro fator que implica a rotina do enfermeiro intensivista é a incorporação de novas tecnologias na UTI, pois, embora a intenção com os

investimentos de novos recursos tecnológicos seja otimizar a assistência ao paciente grave, a constante inserção de novas tecnologias requer a presença de um enfermeiro mais centrado, atento e condicionado às atividades (PITTA, 1991). Na mesma vertente, as constantes mudanças na tecnologia utilizada na UTI alteram cada vez mais o modo de fazer dos profissionais e torna o trabalho automatizado, o que gera instabilidade emocional e angústia em função do que pode surgir (STOLF; OLIVEIRA, 2005).

A dificuldade vivenciada pelos enfermeiros quanto aos equipamentos não se resume apenas às inovações tecnológicas, incluindo as dificuldades e a preocupação com o funcionamento adequado dos equipamentos e as condições de preservação e manutenção destes, pois a inquietação quanto à expectativa de que irá funcionar ou não gera forte ansiedade e apreensão nos profissionais envolvidos durante o plantão (PITTA, 1991; STOL; OLIVEIRA, 2005). Assim, o enfermeiro fica alerta em função da possibilidade de um equipamento não funcionar adequadamente, aliada às múltiplas tarefas da UTI. Este processo gera cansaço e conduz o indivíduo ao limite da capacidade física e emocional, o que requer permanente estado de alerta e exige do profissional a capacidade de adaptação e de criação de estratégias para suportar este desafio (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

A UTI é caracterizada como um setor de tecnologia de ponta, mas isso não reproduz economia da força de trabalho, e sim mantém a intensidade do trabalho, uma vez que o cuidado humano não pode ser substituído pela máquina. E, ainda que o setor possua os melhores recursos, com a ausência da força de trabalho humano o equipamento fica inutilizado, pois é necessário o recurso humano para realizar as conexões de monitorização (ELIAS; NAVARRO, 2006).

As condições inadequadas de trabalho e a baixa remuneração da categoria também têm desmotivado novos candidatos à profissão. Aqueles que já estão na área vivenciam condições precárias de atuação, além da ausência do reconhecimento e das instabilidades profissionais (BULHÕES, 1994; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem foi estudado por autores Lunardi et al. (2007), que apontaram como fatores relacionados ao sofrimento: baixos salários, dupla jornada, condições inadequadas de trabalho, precariedade de

recursos materiais, insuficiência de recursos humanos, e relações desrespeitosas na equipe de saúde e de enfermagem.

Outra condição que a enfermagem enfrenta em seu dia a dia no ambiente de trabalho é a discordância da atividade prescrita pela organização e a executada pelo profissional. Neste contexto, a enfermagem exerce uma atividade fragmentada em que muitas decisões referentes ao paciente estão centradas em outros profissionais. Nogueira (1997); Buenos e Queiroz (2006) afirmam que a categoria médica é controladora, por dominar o saber intelectual, e, conseqüentemente, separa da atividade manual exercida pelos demais profissionais da saúde.

Para Machado, Vieira e Oliveira. (2012, p. 120), as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais da enfermagem sofrem agravos ainda maiores,

[...] Na vertente analítica que considera a precarização das condições de trabalho com vulnerabilidade social do trabalhador, observa-se que o setor convive, rotineiramente, com profissionais que estão submetidos a dupla e tripla jornadas de trabalho exercendo suas atividades em baixos salários, com incertezas e riscos, afetando assim a qualidade de vida do trabalhador em saúde. Esse aspecto impacta negativamente os pressupostos de trabalho decente descritos pela Organização Internacional de Trabalho (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012, p. 120).

Balsanelli, Zanei e Whitaker (2006) salientam que quanto mais grave for o paciente assistido mais intensa é a carga de trabalho do enfermeiro. E a intensidade não é percebida apenas no tempo próximo ao paciente, mas também em vivências de sofrimento psíquico, como angústia e altos níveis de ansiedade. Questões associadas a ritmo intenso de trabalho, número inadequado de profissionais e desempenho no trabalho são vivenciadas pelos enfermeiros intensivistas como sobrecarga de trabalho, com a exigência pela cura, aliadas à complexidade dos tratamentos e à escassez de recursos materiais e humanos, e como insatisfação, que tem tomado ampla proporção em função do distanciamento do profissional-paciente pelas muitas ocupações com tarefas burocráticas (REGO, 2009)

Na complexidade do trabalho administrativo do enfermeiro, o processo de trabalho herda forte prevalência do modelo taylorista, pois o enfermeiro se posiciona como controlador ao exercer a parte intelectual da equipe de enfermagem, enquanto os

profissionais técnicos exercem a parte manual (BUENO; QUEIROZ, 2006). As diferenças nas categorias de enfermagem não se restringem às atividades, mas estendem a valoração social dos trabalhos (MUROFUSE, 2004). Os atos mais qualificados oriundos da prática médica são realizados pelo enfermeiro supervisor, cabendo aos técnicos a execução de trabalhos menos qualificados, com uma carga intensa maior e, conseqüentemente menos valorização (ELIAS; NAVARRO, 2006). Neste panorama, a enfermagem, embora tenha adquirido ao longo de sua história uma nova configuração relacionado a tarefas de prestação de cuidados em vistas de um novo modelo assistencial, em seu interior mantém a fragmentação do trabalho gerencial e assistencial (LUNARDI FILHO, 2000).

Vários são os motivos que corroboram para o risco de adoecimento do enfermeiro que atua na UTI, pois na busca pelo cumprimento das exigências estabelecidas para o funcionamento, assim como pela compreensão da dinâmica do trabalho da enfermagem neste setor, encontram-se ações de cuidados dependentes do tempo e da imprevisibilidade da demanda e da rotina relacionadas a ordens de cunhos diferenciados e amplos. Além da exigência rigorosa de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético da realização das atividades relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Magnano et al. (2007) apontam estudos que confirmam a elevada prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em profissionais de enfermagem, aproximando a prevalência de 80% em outros países, enquanto no Brasil está em torno de 43% a 93%.

O labor da enfermagem possui vários aspectos que podem levar o profissional desta categoria ao adoecimento. Como destacam Mauro et al (2002), são fatores de risco para os distúrbios osteomusculares questões relacionadas a: organização do trabalho, como ritmo excessivo de trabalho; déficit de pessoal, que gera sobrecarga aos indivíduos; e jornada aumentada de trabalho. Já quanto aos fatores ambientais, iluminação inadequada e mobiliário impróprio também predispõem à ocorrência de tal evento. Sobrecarga de segmentos corporais e posturas inadequadas, dentre

outros, são também fatores vivenciados pelos profissionais de enfermagem que aumentam os riscos de adoecimento (VILLAROUCO; ANDRETO, 2008).

Diante de todos os riscos, o enfermeiro intensivista também pode ter em seu labor vivências de prazer, pois é um profissional que controla a dinâmica de trabalho de sua equipe, assim como realiza atendimentos complexos. Este conjunto de demandas permite que o sujeito vivencie o prazer e o sofrimento no trabalho quando vivencia a dualidade do trabalho que qualifica e, simultaneamente, desgasta (KUENZER, 2004, SANTOS, 2008). Para Aubert (1993), isso só é possível quando vivenciado pelo indivíduo de forma positiva e entusiasta, o que permite ser absorvido continuamente no seu labor.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, a saber: tipo, abordagem e método de pesquisa; unidade de análise e sujeitos de pesquisa; coleta de dados; e tratamento dos dados.

4.1 Tipo, abordagem e método da pesquisa

Para a realização deste estudo, optou-se pelo tipo de pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, recorrendo-se ao método do estudo de caso. O objetivo primário da pesquisa do tipo descritiva é relatar as características de determinada população ou a interação relativa entre variáveis. Diversos estudos podem receber esta classificação com este título, sendo uma das características a utilização de técnicas padronizadas (GIL, 2014). A pesquisa descritiva faz uso da observação, do registro e da análise dos fatos ou fenômenos, sem fazer interferência neles (BARROS; LEHFELD, 2000).

É por meio deste tipo de pesquisa que o estudo buscou descrever o contexto de trabalho dos enfermeiros que se ocupam na unidade de terapia intensiva do GSC-BH, percorrendo pelas condições de trabalho e relações socioprofissionais presentes nesta organização, de modo a compreender os danos e os custos físicos, sociais, psicológicos e cognitivos sofridos por estes e o modo como vivenciam as relações de prazer e sofrimento no trabalho. A descrição dos fatos se completa com as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho.

Quanto à abordagem, optou-se pela qualitativa, por caracterizar o ambiente de estudo natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental na utilização do enfoque indutivo para a análise de seus dados, além de adequar as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados em histórias sociais sob “a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (GODOY, 1995; TEIXEIRA, 2003; MINAYO, 2007, p. 57).

Esta abordagem trabalha valores, motivos, desejos e atitudes que constituem a realidade social, na ótica dos atores e das relações. Consiste em oferecer ampla e progressiva compreensão do processo em análise e de sua subjetividade, trazendo à tona aspectos da realidade que extrapolam a quantificação (MINAYO, 2007). Possui, ainda, características peculiares pelo fato de não procurar enumerar e/ou medir objetivamente os eventos estudados e de considerar o ambiente natural como fonte direta de estudo e o pesquisador como instrumento fundamental na coleta e análise dos dados (GODOY, 1995).

Quanto ao método, de acordo com a proposta desta pesquisa optou-se pelo estudo de caso, que é definido por Yin (2005) como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo e idiossincrático de um contexto da vida real. Trata-se de um método flexível, uma vez que permite a utilização de diferentes técnicas de levantamento de dados. No caso desta pesquisa, foram utilizados documentos do setor e entrevistas.

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

Sob o ponto de vista de Collis e Hussey (2005), uma unidade de análise é o tipo de caso ao qual se referem as variáveis ou os fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa sobre os quais são coletados e analisados os dados. Nesta pesquisa, a unidade de análise foi um hospital de Belo Horizonte considerado como o maior complexo hospitalar de Minas Gerais, que presta atendimento exclusivamente a pacientes do SUS da Capital, região metropolitana e cidades interiores de Minas Gerais, oferecendo serviços de média e alta complexidade em diversas especialidades médicas.

Os sujeitos de pesquisa, para Vergara (2007), são pessoas que fornecerão os dados que uma pesquisa necessita. Neste caso, foi realizada com enfermeiros que atuam na UTI adulto das alas B e D do décimo andar do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. A escolha desses profissionais como sujeitos da pesquisa deu-se em consideração ao fato de estarem inseridos em uma instituição expressiva no que diz respeito ao número de leitos em CTI. São, ao todo, 170 leitos de UTI para atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo um

hospital privado sem fins lucrativos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros que atuam na UTI, que recebe os pacientes em estado de saúde considerado crítico, ou seja, com possibilidade iminente de morte. Na UTI do décimo andar da instituição pesquisada, o número de enfermeiros contempla um total de 15 enfermeiros. Destes, 1 é o gerente, 2 são coordenadores e 12 são enfermeiros. Foram convidados a participar do levantamento de dados apenas os enfermeiros que não possuíam cargo administrativo, o que representa o total de 12 enfermeiros, porém houve a recusa expressa de 2 enfermeiros de participação da pesquisa.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte e após análise teve aprovação, sob o número do parecer 928.893 (ANEXO A). Foi realizado contato com a gerente e coordenadoras da UTI para a apresentação das etapas da pesquisa. Promoveu-se uma reunião com todos os enfermeiros do setor. Na oportunidade procedeu-se à exposição da pesquisa a ser desenvolvida. Os sujeitos foram escolhidos por conveniência e acessibilidade. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a Resolução do Conselho em Saúde nº 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

4.3 Coleta de dados

Segundo Vergara (2007), os dados devem ser coletados de forma adequada ao tipo de pesquisa, para que o levantamento possa responder ao problema da pesquisa e atingir seus objetivos. Deve haver uma relação entre os objetivos e os meios para alcançá-los. As técnicas utilizadas no estudo compreenderam a análise de documentos e a realização de entrevistas semiestruturadas.

A coleta dos dados primários se deu por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), cujo roteiro foi transformado a partir do conteúdo do Inventário de Trabalho de Risco de Adoecimento, composto por quatro dimensões que analisam a inter-relação trabalho e os riscos de adoecimento:

- a) Descrição do contexto de trabalho – compreende representações relativas à organização, às relações socioprofissionais e às condições do trabalho;
- b) Descrição das exigências – compreende representações relativas aos custos físico, cognitivo e afetivo do trabalho;
- c) Descrição do sentido do trabalho – compreende as representações relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho;
- d) Descrição dos efeitos do trabalho – compreende representações relativas às consequências em termos de danos físicos e psicossociais.

O roteiro da entrevista se completa com as estratégias de defesa ao sofrimento no trabalho.

A primeira versão do Inventário de Trabalho de Risco de Adoecimento foi construída e validada por Ferreira e Mendes (2003), em pesquisa nacional, em parceria com a Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira (FENAFISP), com 1.916 auditores, representando 50% da categoria (MENDES; FERREIRA, 2007). Mendes e Ferreira (2007, p. 112) referenciam este inventário com o objetivo de “investigar o trabalho e riscos de adoecimento por ele provocados em termos de representação do contexto de trabalho, exigências físicas, cognitivas e afetivas, vivências e danos”.

O ITRA, para a pesquisa em saúde e trabalho, funciona como recurso na captura da representação do real na dimensão mais visível e compartilhada pela maioria dos trabalhadores de determinado grupo, podendo representar, em alguns contextos, o discurso dominante, carregado de deseabilidade social. Nesse sentido, quando a metodologia aplicada do ITRA é quantitativa, ganha-se em generalidade e perde-se especificidades; identifica-se o visível, mas não se sabe o que está por trás dele; obtém-se a objetivação; e não se aprende o processo de subjetivação mais completo (MENDES; FERREIRA, 2007). Por essa razão, a proposta desta dissertação foi transformar esse inventário em um roteiro semiaberto de perguntas, para permitir que a pesquisa fosse conduzida de forma qualitativa.

As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Conforme orientam as normas da Resolução nº 466/2012, os entrevistados foram informados sobre a natureza do estudo. Após a realização das entrevistas, estas foram submetidas ao processo de transcrição.

Também foram utilizados documentos, para conhecer a história do setor, e seu relatório anual, para a obtenção de dados, como número de funcionários do setor, o fluxo de atendimento.

4.4 Tratamento dos dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas, após serem transcritos, foram tratados de forma qualitativa, recorrendo à técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin como um

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo constitui-se na “análise de informações sobre o comportamento humano” e possibilita uma variação em sua aplicação. Bardin (2006) considera as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação como essenciais de organização da análise de conteúdo.

Seguindo a estrutura proposta por Bardin (2006) para a sistematização das ideias iniciais, as entrevistas gravadas foram transcritas de acordo com o roteiro proposto e, na seqüência, foram agrupados conforme as categorias propostas nas quatro dimensões do ITRA.

Na exploração do material, fatores comuns foram comparados, para se verificar a existência de dados que comprovem a maior incidência de riscos de adoecimento no contexto de trabalho dos enfermeiros participantes da pesquisa. Nesta etapa, apenas o que caracteriza essa relevância foram considerados para as categorias pesquisadas (SILVA, 2013). As categorias de análise foram: contextos do trabalho,

custo do trabalho, vivências de prazer e sofrimento, estratégias de combate ao sofrimento e danos do trabalho.

Na seqüência, subcategorias emergiram do conteúdo dos depoimentos colhidos com os entrevistados, sendo considerada uma frequência igual e/ou superior a cinco respondentes, critérios de repetição e significância para a interpretação das entrevistas (FRANCO, 2008). Estas subcategorias foram apresentadas em um quadro, para identificação dos dados coletados e serão descritas no capítulo dos resultados.

Após certificar-se de que todas as categorias e subcategorias emergentes do estudo foram exploradas, as subcategorias que tiveram frequência menor que 5, mas que contribuíram para a proposta do estudo também foram utilizadas para reforçar os depoimentos. Chizzotti (2006, p. 98) afirma que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Para a conclusão desta fase, foram extraídos trechos dos depoimentos dos entrevistados, para ilustrar o fenômeno sob investigação, buscando-se mantê-los na íntegra, de acordo com a forma que estes se expressaram para exemplificar categorias e subcategorias da análise. Na fase do tratamento dos resultados, Bardin (2006) propõe que sejam realizadas interpretações inferenciais, reflexivas e críticas, de forma a ultrapassar o senso comum do subjetivismo.

No próximo capítulo, procede-se à análise dos resultados quanto às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros na UTI.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados da pesquisa. De maneira inicial, caracteriza-se a instituição do estudo e descreve-se o perfil dos entrevistados e suas principais funções. Na sequência, analisa-se o conteúdo das entrevistas semiestruturadas, que objetivaram levantar os dados sobre o prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros que atuam na UTI.

5.1 Caracterização da instituição pesquisada, do perfil dos pesquisados e de suas funções gerais

De acordo com os dados colhidos no *site* da instituição, o atendimento na UTI do GSC-BH é destinado, em sua totalidade, a pacientes do Sistema Único de Saúde provenientes da cidade de Belo Horizonte, das cidades da região metropolitana e das cidades do interior de Minas Gerais que são encaminhados via Central de Leitos. O perfil dos pacientes admitidos na UTI é composto de pessoas que, em função de alguma patologia clínica, evoluíram com instabilidade hemodinâmica e necessitavam ser admitidos neste setor. Caso a clínica do paciente seja cirúrgica, este é encaminhado ao CTI do segundo andar, destinado a pacientes pós-operatórios. Pacientes com afecções cardiovasculares são encaminhados para o CTI do quarto andar. Pacientes clínicos instáveis são encaminhados para o CTI do décimo andar, os quais são, normalmente, internados em setores de clínica médica e distribuídos nos diversos andares do hospital, além de pacientes externos que provêm de outros hospitais ou unidade de pronto atendimento via Central de Leitos.

O estudo foi realizado na UTI do décimo andar, que é composto por 50 leitos, sendo no período da pesquisa apenas por 35 leitos ativos. Os enfermeiros entrevistados foram os responsáveis pelo CTI das alas B e D, que totalizam 20 leitos, pois os outros 15 leitos são destinados a pacientes progressivos e possuem uma dinâmica diferente, conforme relatado no capítulo 2.

Os enfermeiros entrevistados do GSC/BH-MG foram identificados pela letra “E”, seguidas de numeração crescente. A numeração foi aleatória e não acompanhou a ordem sequencial da realização das entrevistas (Quadro 1).

Quadro 1 - Perfil dos enfermeiros entrevistados

Enf.	Sexo	Estado civil	Idade	Formação	Tempo de serviço na instituição	Horas semanais de trabalho	Turno de trabalho	Vínculo em outra instituição
E1	F	Solteira	46	Sup. Compl.	11 anos	30	Tarde	Não
E2	F	Solteira	25	Esp. Incomp.	3 anos	30	Tarde	Sim
E3	F	Solteira	28	Esp. Incomp.	4 anos	30	Manhã	Sim
E4	F	Solteira	26	Esp. Comp.	2 anos	40	Manhã e tarde	Não
E5	F	Casada	33	Esp. Comp.	2 anos	30	Noite	Sim
E6	F	Solteira	24	Esp. Comp.	3 anos	30	Noite	Não
E7	F	Solteira	24	Esp. Comp.	2 anos	30	Noite	Sim
E8	M	Casado	32	Esp. Comp.	8 anos	30	Noite	Sim
E9	F	Casada	34	Esp. Comp.	9 anos	30	Manhã	Não
E10	F	Casada	41	Esp. Incomp.	2 anos	30	Noite	Não

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos enfermeiros entrevistados é do sexo feminino, solteira, tem idade até 32 anos, possui especialização completa, trabalha na instituição em um tempo inferior a 3 anos, cumpre uma carga horária de 30 horas e em apenas um turno. Metade das entrevistadas trabalha em outra instituição e a outra metade não trabalha.

O enfermeiro na UTI tem como função duas importantes vertentes, uma destinada ao cuidado e outra gerencial. A função destinada ao cuidado, também denominada de “assistencial” envolve todo o processo de atendimento direto ao paciente. Está relacionada à realização de curativos de úlceras por pressão, que são mais complexos, exigindo conhecimento adequado para: definir a melhor cobertura a ser utilizada no tratamento; realizar curativos complexos, como de feridas operatórias (FO), acessos centrais, pressão intra-arterial (PIA) e drenos; circular com o médico para realização de procedimentos invasivos; transportar pacientes para a realização de exames internos ou externos; fazer corrida de leito com a equipe médica; liberar prescrições médicas após colocar horário nas medicações de horário fixo, conforme padrão estabelecido pela instituição; prestar assistência ao paciente em estado crítico, como em situações de parada cardiorespiratório (PCR); realizar intubação orotraqueal (TOT); realizar traqueostomia entre outras intercorrências; avaliar o paciente; evoluir paciente; preparar a alta do paciente; e coletar exames laboratoriais, entre outras atividades assistenciais.

Quanto à função gerencial, o enfermeiro da UTI é um profissional que supervisiona a

equipe de enfermagem e faz a interlocução entre a equipe de médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, entre outros profissionais, pois as solicitações de todos estes profissionais, principalmente da classe médica, quanto à condutas terapêuticas são inicialmente apresentadas para o enfermeiro, para que este repasse a sua equipe, delegando por ordem de prioridades o que tem que ser realizado. Na admissão, ele classifica o paciente quanto a risco de alergia, queda e lesão, entre outras classificações, e estas são realizadas em impressos próprios desenvolvidos para tais avaliações.

Após a realização dos procedimentos invasivos, cabe ao enfermeiro preencher as folhas de sala, para listar todo o material utilizado no procedimento, para que seja cobrado na conta do paciente e o convênio então repasse à instituição o valor do procedimento realizado. Quando o paciente recebe alta da UTI, cabe ao enfermeiro preencher formulários para encaminhar ao setor que o paciente será admitido, contendo informações sobre o estado do paciente quando admitido na UTI, evolução durante internação e como o paciente encontra-se no momento da alta. Diariamente, os enfermeiros evoluem em um sistema online sobre lesões de pacientes que possuem úlcera por pressão ou outras. Cabe ainda ao enfermeiro: organizar escalas diárias; remanejar funcionários para outra escala que porventura estejam desfalcadas; treinar equipe; realizar relatório diário das principais intercorrências ou pendências do plantão; solicitar a manutenção da engenharia clínica de equipamentos danificados durante o plantão; e solicitar e cobrar da farmácia medicação de uso restrito que porventura não tenha disponível entre muitas outras demandas que surgem ao longo do plantão. Embora tenham sido descritas as atividades assistenciais e administrativas separadamente, estas são interdependentes e impactam diretamente o resultado uma da outra.

As funções do enfermeiro na UTI foram apresentadas separadamente entre as dimensões assistencial e gerencial. No entanto, cabe ressaltar que a divisão ocorre apenas no plano abstrato, pois são correlacionadas e requerem articulação entre as duas dimensões. O enfermeiro assume papel importante na gerência do trabalho, além de articular e organizar procedimentos aos quais os pacientes serão submetidos, entre outras atividades associadas diretamente à assistência ao

paciente, não cabendo a fragmentação entre o cuidar e o gerencial (AZOLIN; PEDUZZI, 2007; CIAMPONE; KURGANT, 2004; GONÇALVES, 1994; LIMA, 1998).

5.2 Análise qualitativa: categorias e subcategorias

Para a análise dos resultados, foram utilizados as quatro dimensões do ITRA: *contexto do trabalho*; *custo do trabalho*, *sentido do trabalho*; e *danos do trabalho*. Acrescentou-se a categoria pertinente às estratégias de defesa do sofrimento no trabalho. Dos depoimentos colhidos com os entrevistados e associados a essas categorias emergiram diversas subcategorias, sendo consideradas aquelas que se repetiram por meio de frequência igual ou superior a cinco entrevistados (Quadro 2).

Quadro 2 - Categorias e subcategorias do conteúdo das entrevistas

Categorias		Subcategorias
Contexto do trabalho	Organização do trabalho	Ritmo de trabalho Quantidade de profissionais Planejamento do trabalho Cobrança e desempenho no trabalho
	Condições do trabalho	Ambiente físico Risco biológico Instrumentos e equipamentos de trabalho Informações centralizadas na coordenação
	Relações socioprofissionais	Trabalho em equipe
Custos do trabalho	Custo físico	Ergonomia no trabalho Esforço físico
	Custo cognitivo	Exigência intelectual Administração de imprevistos
	Custo afetivo	Conflitos emocionais Perda de pacientes Distanciamento do paciente
Sentido do trabalho	Vivências de prazer	Realização profissional Liberdade de expressão
	Vivências de sofrimento	Reconhecimento e valorização Desgaste profissional
Danos do trabalho	Danos físicos	Manifestações Patológicas
	Danos psicossociais	Relações sociais e familiares
Estratégias de defesa		Apoio familiar Aconselhamento psicoterápico Prática religiosa Atividades de lazer Uso de medicamentos

Fonte: Dados da pesquisa

A análise de cada uma das categorias e de suas respectivas subcategorias é

pormenorizada a seguir.

5.2.1 Contexto de trabalho

Compõe-se de três fatores: *organização do trabalho*, *condições do trabalho* e *relações socioprofissionais*. A *organização do trabalho* contempla o conteúdo das tarefas, as normas, o controle e os ritmos de trabalho. O fator *condições de trabalho* é definido como a qualidade do ambiente físico, do posto de trabalho, dos equipamentos e do material disponível para a execução das atividades. O fator *relações socioprofissionais* avalia os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional (MENDES; FERREIRA, 2007).

5.2.1.1 Organização do trabalho

A análise das entrevistas dos enfermeiros revelou que as principais subcategorias que caracterizam a categoria *organização do trabalho* na UTI foram: *ritmo de trabalho*, *quantidade de profissionais*, *planejamento do trabalho* e *cobrança e desempenho no trabalho*.

No que se refere ao *ritmo de trabalho*, os entrevistados afirmaram que é intenso; e que é atribuído à intensidade do trabalho, à dinamicidade do setor e à presença indispensável do enfermeiro para atender os pacientes gravemente enfermos e para ser o articulador entre as demandas da equipe multiprofissional e a equipe técnica de enfermagem. As tarefas são definidas de acordo com as competências de cada profissional. No entanto, há uma cobrança por parte da equipe que o enfermeiro seja proativo, e isso dificulta a identificação do limite deste profissional no contexto do trabalho na UTI.

As diversas demandas geradas durante o plantão também impactam o tempo hábil para a execução das tarefas, sendo, muitas vezes, necessário que os enfermeiros utilizem o tempo destinado à alimentação e ao descanso ou, mesmo, excedam a carga horária de trabalho para completar as atividades e pendências, principalmente administrativas. Esses resultados podem ser identificados nos depoimentos:

O ritmo de trabalho é corrido. Não dá tempo de ficar prestando atenção em minúcias. É necessário ser muito mais focal. Ficava depois do horário para evoluir as atividades administrativas. (E6).

O ritmo de trabalho é intenso e necessário. O setor é dinâmico. É uma característica da instituição. (E4).

Por lei, temos uma hora de descanso. Na instituição, pode fazer duas horas. Então, tem plantão que dá para fazer o horário de descanso; outros, não. Às vezes, vou descansar quatro e meia da manhã, cinco e meia, e seis horas retorno para terminar de executar as tarefas, para não passar pendências para o plantão diurno. (E8).

É puxado. Não paro um segundo. Posso contar nos dedos a noite que consigo fazer meu horário de descanso. (E7).

Existe clareza no papel de cada um. Mas pela cobrança de proatividade, acabo abraçando o que é dos outros, pois se acaba o papel o médico vem atrás de mim; se a impressora estraga, vem atrás de mim. Então, faço o papel de enfermeira e outros papéis também. (E9).

Os relatos dos entrevistados vão ao encontro da tendência atual vivenciada nas instituições hospitalares e UTIs quanto à demanda de produtividade. A UTI dentro da estrutura hospitalar é considerada com um dos setores de maior complexidade e resvala em pontos obsoletos de organização e gerenciamento. O ritmo dos profissionais atuantes neste setor é intenso, principalmente pela informatização dos processos de trabalho, assim como pela tecnologia de ponta existente (ANTUNES, 2000; NOGACZ; SOUZA, 2004).

O ritmo intenso vivenciado pelos enfermeiros também está associado aos cuidados prestados aos pacientes gravemente enfermos, o que exige do enfermeiro agilidade nas tomadas decisões, responsabilidade na priorização das ações, resoluções de problemas complexos, reorganização das atividades em função de interrupções contínuas e a gestão de várias informações em decorrência das intervenções requeridas (MARTINS, 2003; SHIMIZU; CIAMPONE, 2003). A intensidade do ritmo de trabalho conforme pontua Mendes (2007), pode interferir na vivência de prazer e na execução das atividades. Quando o trabalho é executado em um ritmo normal, é possível que o sujeito registre sua marca pessoal, e não apenas seja tido como uma máquina executora de atividades.

Outra subcategoria que descreve a organização do trabalho na UTI pesquisada foi a *quantidade de profissionais*. Os enfermeiros afirmaram que algumas escalas da equipe de técnicos de enfermagem estão completas, no entanto em outras o

enfermeiro conta com uma escala mínima de funcionários na correlação de dois pacientes para um técnico de enfermagem. Diante dessa variação, o enfermeiro vivencia continuamente em seus plantões questões desgastantes e conflituosas. Em caso de faltas e de atestado médico (ATM) sem comunicação prévia, o enfermeiro faz o remanejamento na escala de funcionários. Caso não tenha o técnico de enfermagem disponível para assumir a escala descoberta, o próprio enfermeiro assume a escala técnica e passa seus dez pacientes para serem divididos entre os outros enfermeiros. Isso impacta diretamente a qualidade da assistência prestada ao paciente, assim como a dinâmica do serviço. Esse resultado pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

No meu setor, a quantidade de técnicos é boa. São seis, sete, mas é raro ficar um para um. Sempre há desfalque em outro setor, e tenho que remanejar os nossos profissionais. (E3).

O problema é justamente as faltas. Tenho que sair correndo atrás de pessoas para poder exercer meu trabalho de forma adequada, prestar assistência ao paciente de forma adequada. Tem muitas faltas, tem um absenteísmo geral. (E9).

Sempre falta funcionário. Tem alguém de ATM, sobrecarrega demais os funcionários, principalmente o enfermeiro, que, na maioria das vezes, tem que largar seu serviço de supervisão e assumir a escala de técnico. Automaticamente, meus pacientes são redivididos para outros enfermeiros, e então acaba sobrecarregando todo mundo. (E8).

Neste cenário, cabe ressaltar que a organização do trabalho da equipe de enfermagem é imprescindível para o atendimento de qualidade ao paciente. Na UTI em que predominam as atividades complexas, os cuidados demandam “maior carga de trabalho da equipe de enfermagem” e há necessidade de manter o número adequado de trabalhadores, para “assegurar a qualidade da assistência de enfermagem durante as 24 h do dia” (INOUE et al., 2008, p. 209). Diante de tal contexto, compreender a dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem, para garantir o dimensionamento e a escala de pessoal adequada, é sumariamente importante.

O relato dos entrevistados permite identificar que a redistribuição de pacientes, principalmente para os enfermeiros, pode esbarrar em um ponto legal do dimensionamento quantitativo e qualitativo proposto pela Resolução RDC nº 7/2010 (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010) quanto ao quadro

mínimo de funcionários para o funcionamento da UTI. O art. 14 propõe a relação do número de técnicos de enfermagem de no mínimo 1 para 2 leitos em cada turno, além de 1 técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; e, quanto ao enfermeiro assistencial, de no mínimo 1 para cada 10 leitos ou fração, em cada turno.

Em certas condições de trabalho, o resultado da relação do trabalho com o labor pode levar ao desenvolvimento de vivências de sofrimento. A presença de conflitos gerados nos diversos níveis de trabalho também produz risco de adoecimento e de alterações na saúde (DEJOURS, 1992; MENDES; FERREIRA, 2007; SCHWARTZ, 2011). Uma dessas condições refere-se às instituições hospitalares que têm vivenciado um problema administrativo ao trabalhar com um número limítrofe de funcionários, aspecto que, associado ao absenteísmo não necessariamente relacionado a este ponto, desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga os trabalhadores presentes, o que promove a redução da produtividade. (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; SILVA; MARZIALE, 2000; 2006).

Outra subcategoria que contribui para a descrição da organização do trabalho foi o *planejamento do trabalho*. Segundo os enfermeiros, a UTI é um setor em que não se permite planejar. O planejamento está associado as rotinas, em que as atividades do enfermeiro são marcadas por intercorrências, imprevistos e demanda espontânea. Os entrevistados afirmaram que não participam do planejamento das rotinas e das definições de metas do setor e que recebem as orientações da chefia imediata em um encontro mensal ou por registros no livro de relatório, para, então, executá-las. Outra questão pontuada quanto ao planejamento do trabalho é que uma vez definido pela gerência, o que for decidido ou implementado não pode mais ser alterado.

A única participação no planejamento do trabalho considerado pelos entrevistados ocorre durante a corrida de leito, em que o médico horizontal¹, o médico plantonista²,

¹ O médico horizontal também nomeado como “médico diarista/rotineiro”, é o profissional médico legalmente habilitado responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

² Médico plantonista: profissional médico legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

o enfermeiro e o fisioterapeuta definem altas, propostas de procedimentos, exames, entre outras condutas. É possível constatar este resultado nos depoimentos abaixo:

Não tem um planejamento. A gente já tem uma rotina. Tento, no máximo, no começo da manhã, planejar o que vai acontecer. Mas não tem jeito. É de acordo com a demanda. (E3).

O planejamento é chegar no setor, ver a escala de funcionários, priorizar os pacientes graves, os procedimentos que serão executados. O planejamento, na verdade, é com a equipe multiprofissional. Na corrida de leito, vai definindo quais os planos a serem executados nos pacientes. (E9).

Não tem como seguir uma programação, porque, às vezes, antes de você resolver uma pendência, libera uma tomografia na urgência e você tem que levar o paciente. Então, tento fazer um planejamento e vou encaixando de acordo com as demandas do setor. (E2).

As normas são definidas pela gerência, junto com o plantão diurno, e são simplesmente imposta ao plantão noturno. Aí você vai querer argumentar, discutir. “Não, isso já foi definido”. Não tem planejamento; tem uma transferência de ideias. Temos uma reunião mensal com os enfermeiros, mas são tantos que não é possível você fazer sua colocação. Cada um tem uma demanda. (E8).

O trabalho pode ser completo ou fragmentado. Tal como é feito, provêm ou desprovêm de sentido para o indivíduo que o executa. Um mesmo trabalhador pode ser aquele que ora planeja, ora executa, ou, simplesmente, ser alheio a qualquer uma das partes envolvidas (CODD; VASQUES-MENEZES, 2000). Isso gera uma fragmentação do saber e do fazer, além de alienação, que é uma característica da influência do capitalismo e da hegemonia do conhecimento em saúde (PIRES, 1999).

Laville, Teiger e Daniellou (1989) definem tarefa como trabalho prescrito no que diz respeito ao modo como será executado. Assim, a organização do trabalho mantém em seus eixos principais o domínio da execução das atividades. Assim, a disparidade entre a tarefa prescrita e a atividade real oriunda da ausência do planejamento de trabalho pode desencadear um custo psíquico para o trabalhador, exigindo deste um esforço constante para dar conta da realidade. “Muitas vezes, incompatível com os investimentos psicológicos e seus limites pessoais, gerando sofrimento”. No entanto, se houver espaço de negociação ou flexibilidade por parte da organização do trabalho que permita ao sujeito uma adequação às

intercorrências que emanam ao longo das atividades, então é possível ter vivências de prazer neste contexto (FERREIRA; MENDES, 2001, p. 96).

A respeito da subcategoria *cobrança e desempenho no trabalho*, os entrevistados apontaram que este elemento ocorre principalmente no cumprimento dos requisitos administrativos vinculados a preenchimento de indicadores de qualidade, como risco de queda, risco de lesão, risco de alergia, folha de sala, preenchimento de escores de gravidade de pacientes na UTI, evolução de determinados procedimentos em sistema online e atualização de dados em impressos próprios de avaliação da assistência ao paciente entre outros. Essa rotina torna o tempo insuficiente para a execução das múltiplas tarefas exigidas do enfermeiro durante o plantão. Os enfermeiros possuem conhecimento da fiscalização dos seus trabalhos que ocorre tanto pelos próprios colegas enfermeiros como pela coordenação, mas consideram como um processo natural nas organizações. As cobranças e fiscalizações estão relacionadas com o desempenho no cumprimento das atividades diárias do setor, ou seja, da rotina, assim como do atendimento das intercorrências, pois espera-se que a UTI não seja um setor tranqüilo. Os enfermeiros entrevistados afirmaram que para lidar com a cobrança e o desempenho no trabalho utilizam como estratégia a realização adequada das tarefas, conforme depoimentos:

Tarefa dada é tarefa cumprida. Tem cobrança. Dependendo do que deixei pendente, serei questionada. A nossa coordenadora admira se o plantão for tranqüilo. Não tem que ser tranqüilo; tem que ser agitado mesmo. E, então, não tem justificativa; tenho que dar conta. (E10).

É cobrado demais. Aumentaram o número de tarefas, e acaba ficando corrido para um plantão de doze horas. Não posso deixar nenhuma pendência que sou cobrada. Eu entendo que é um processo que a instituição está passando, mas acho que é tempo que estamos perdendo na assistência, em função dessa parte burocrática. (E7).

Tarefa demais e a cobrança é muita. Cada dia aparece uma demanda diferente. Eles não conseguem entender que a nossa rotina vai além do tempo que a gente tem de trabalho. Cobram prioridades burocráticas, que eu acho que não faz parte tanto do nosso trabalho. A gente trabalha em terapia intensiva. São pacientes que precisam de você o tempo inteiro. Fico com um pouco de medo e acabo fazendo algumas coisas mais rápidas e menos minuciosas, porque se não faço ganho advertência, anotam em ficha funcional. A gente fica de mãos atadas, porque se não fizer tem punição. (E6).

Os depoimentos expostos estão muito vinculados à execução das tarefas. O trabalho na enfermagem, de uma forma geral, é caracterizado pela divisão de tarefas. Cada membro executa sua atividade conforme suas competências e respaldo no Código de Ética e Deontologia da classe. Essa fragmentação perpassa o saber e o fazer e está fundamentada dentre as teorias administrativas, principalmente no modelo taylorista, que exige uma entrega maior do corpo que propriamente do aparelho psíquico (MARTINS, 2008).

O hospital em que a pesquisa foi desenvolvida está vivenciando o processo de acreditação hospitalar. Para alcançar um padrão de excelência, a gestão atual implementou ações pautadas em resultados. Isso exige uma cobrança muito elevada por resultados e qualidade (REGO, 2009). No CTI, em que o nível de atendimento é ainda mais complexo, todas as ações são monitoradas, em busca do cumprimento de metas. Por isso é que tantos impressos precisam ser preenchidos corretamente e a realização destas atividades constata exatamente a fragmentação da tarefa, pois o médico executa o procedimento, o técnico de enfermagem auxilia no procedimento e o enfermeiro supervisiona a equipe durante o procedimento e preenche formulários. Se houver alguma falha neste processo, não será repassado ao hospital o valor do procedimento. Consequentemente, impactará um dos indicadores do setor, o que, hierarquicamente, gera cobrança da gerência/ coordenação e enfermeiro. Diante de tal contexto, é possível identificar que tanto os profissionais responsáveis pela assistência direta ao paciente como a chefia são cobrados pela instituição (CAMPOS, 2008).

5.2.1.2 Condições do trabalho

Da categoria *condições de trabalho* emergiram as seguintes subcategorias: *ambiente físico; risco biológico; instrumentos e equipamentos de trabalho; e informações centralizadas na Coordenação.*

Constata-se que o *ambiente físico* do CTI pode ou não ser adequado à ala em que o enfermeiro atua. Os enfermeiros que consideram o setor adequado são os da Ala D, pois afirmaram que a estrutura atende adequadamente à regulamentação da Resolução RDC nº 7/2010 (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA,

2010) sobre o ambiente físico de uma UTI. Os enfermeiros que não consideram o ambiente físico do CTI totalmente adequado são os da ala B. As principais inadequações apontadas referem-se à proximidade da recepção e dos leitos do CTI progressivo, que tem a presença de familiares acompanhantes 24 horas, o que gera alto fluxo de pessoas e a presença de curiosos no setor, principalmente, durante intercorrências. A outra questão é a presença de dois pacientes no mesmo quarto, ou box, conforme é denominado, apontada como inadequada para o atendimento ao paciente em situação de emergência, e quanto à segurança biológica, conforme expressam alguns enfermeiros entrevistados.

O CTI do B, eu acho que o ambiente não é próprio, porque ficou assim tipo uma enfermaria com dois pacientes por box. São separados por uma cortina. Então, se o paciente estiver em isolamento de contato ficam juntos, e é uma pia para dois leitos. (E1).

O ambiente físico é um ambiente bom para trabalhar. O CTI, no meu caso, o posto de enfermagem e médico fica no centro e os boxes ao redor, o que possibilita ver todos os pacientes. A farmácia é perto. (E3).

Com relação ao ambiente físico, Bins (2003) afirma que para toda e qualquer atividade humana é necessário um ambiente físico adequado para sua realização. Com a diversidade das atividades exercidas em cada função profissional, pode-se afirmar que particularidades do ambiente podem facilitar ou dificultar a realização das atividades. Ressalta-se que em situações em que o ambiente físico é adequado às necessidades do trabalhador há um impacto positivo na execução das atividades. O ambiente físico, conforme proposto por Neuenfeldt, Novo e Santos (2012), deve proporcionar ao trabalhador conforto e bem-estar para que estes desenvolvam suas atividades e mantenha íntegros seu estado de saúde, sendo possível gerar prazer ao profissional que atua naquele ambiente. Estudos sobre prazer e sofrimento na perspectiva da psicodinâmica do trabalho revelam que o trabalho pode ser prazeroso se as condições de trabalho e o ambiente forem favoráveis e desde que haja paridade entre o exigido e a capacidade do trabalhador (TAMAYO, 2004).

Quanto ao *risco biológico*, os entrevistados afirmaram que, por se tratar de um setor fechado, a maior exposição é biológica, pois eles manuseiam muitos materiais perfurocortantes e prestam cuidados a pacientes com isolamentos respiratórios e isolamentos de contato, além de ser um setor com muita exposição de líquidos

corpóreos e procedimentos invasivos. No entanto, os enfermeiros afirmaram que a organização oferece todos os equipamentos de proteção individual (EPI) necessários para a segurança dos funcionários, além de treinamentos de prevenção de acidentes. Todavia, cabe aos enfermeiros praticarem a adesão e a disciplina para utilizar os EPIs corretamente, mesmo em casos de urgência, e comunicação mais efetiva entre a equipe conforme se observa nos depoimentos:

Temos muitas bactérias resistentes. O que temos que fazer é nossa parte mesmo, usando os EPIs e lavagem das mãos antes de tocar outros pacientes. (E10).

A maior exposição é o risco biológico. Os EPIs são disponibilizados para o funcionário quando ele é admitido. Se estragar, é repostado. Nunca faltou. Eu acho que a questão é mais uma educação continuada. (E2).

O enfermeiro faz a coleta de sangue do paciente. Só que não tem a coleta à vácuo. Então, tem que ser com seringa, e o processo de manipular gera um risco altíssimo. O box de isolamento respiratório não tem câmara individual e o ar circula em todo CTI. Às vezes, o paciente veio transferido e estava em isolamento de contato, mas não é passado aos profissionais do CTI. (E8).

Estudo desenvolvido por Nishide, Benatti e Alexandre (2004) em uma unidade de terapia intensiva, identificou que os trabalhadores da área da saúde só passaram a ser considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho, nos anos de 1980, em função da epidemia do vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA). A partir daí é que foram estipuladas normas para segurança no ambiente de trabalho. A equipe de enfermagem é uma das categorias mais vulneráveis à exposição ao risco biológico, pela realização de procedimentos diversos, que envolvem tanto o manuseio de equipamentos perfurocortantes e fluidos corpóreos quanto o contato direto com pacientes durante a prestação de cuidados.

Em estudo epidemiológico realizado em seis hospitais públicos do Distrito Federal entre 2003 e 2004, com uma amostra de 6.179 trabalhadores, sendo 57% da área da saúde, foi possível constatar que o baixo conhecimento sobre os riscos ocupacionais aumenta a vulnerabilidade do profissional, assim como o excesso de confiança pelo aumento do tempo de serviço. Há aqueles que afirmam conhecer todas as normas, mas não reduzem o coeficiente de acidentabilidade. O número de acidentes de trabalho ocorre predominantemente em profissionais do gênero

masculino. Mesmo com a ocorrência de treinamentos com conteúdos de biossegurança, estes não influenciaram positivamente a redução de acidentes (CAIXETA; BRANCO, 2005).

A questão é tão relevante no ambiente hospitalar que o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, instituiu a Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores na área da saúde a NR32 (BRASIL, 2005)

Na subcategoria *instrumentos e equipamentos de trabalho*, foram considerados pelos entrevistados como de tecnologia de ponta e totalmente adequados para as demandas pertinentes a UTI. Porém, o problema enfrentado pelos enfermeiros está na reposição, pois muitos são danificados por mal uso, tanto de pacientes quanto pela própria equipe. Quanto aos materiais e insumos, não há falta, mas o uso é indiscriminado e não há economia em sua utilização, conforme depoimentos dos entrevistados:

Os instrumentos e equipamentos são muito bons. São de tecnologia de ponta. Só que existe muito estrago, danificação de material por causa do consumo inadequado e também por falta de estoque no setor. Não temos estoque. E o material de consumo o acesso é indiscriminado. (E4).

Os instrumentos e equipamentos são de última geração. São muito bons. Precisa é ter mais treinamentos. Em relação ao material de consumo, acho que tem que economizar. (E10).

Diante do cenário atual no Brasil, estamos tentando educar os profissionais do setor a economizar, para não faltar material no futuro, porque os profissionais estão acostumados a ter tudo, pegar o tanto de material que quiser. E se faltar, vai atrapalhar nossa assistência. (E3).

O material de consumo, de uma forma geral, atende. Não acho que falta. Mas ao longo de um ano vi que perdeu muito equipamento devido a mal uso (E7).

Temos tudo que uma UTI precisa. Agora que estamos em uma crise e a gerência está pedindo para reduzirmos o consumo, mas por enquanto nunca faltou. (E1).

Os instrumentos e equipamentos de trabalho podem ser classificados, de acordo com a concepção de Merhy (2002) como de tecnologia dura, que compreende os equipamentos, as normas e as estruturas da organização às quais pertencem as

máquinas e os insumos de trabalho. Sob esta concepção, a UTI é um setor caracterizado por aparatos tecnológicos essenciais para a prestação de cuidados ao paciente em estado crítico, pois os pacientes internados neste setor precisam, muitas vezes, estar ligados a equipamentos que fornecerão informações à equipe sobre o estado hemodinâmico do paciente quanto aos dados vitais, como frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, oximetria, máquinas que auxiliam no suporte ventilatório e nas funções renal e cardíaca, entre tantos outros recursos que a tecnologia tem possibilitado aos profissionais deste setor utilizar para monitorizar e auxiliar na assistência ao paciente grave (SHIMIZU, 1996).

Mendes e Ferreira (2007) observam que nos últimos anos têm crescido muito as queixas de doenças associadas às condições de trabalho e que isso está condicionado à precarização das condições de trabalho. Os autores atribuem tal questão ao fato de o controle das atividades, principalmente das máquinas, ser computadorizados o que exatamente predomina na UTI, ocorrendo em muitos outros setores do ambiente hospitalar. No entanto, na compreensão de Dejours (1992), quando os instrumentos e os equipamentos de trabalho são adequados para a realização das atividades do profissional, há sentido no trabalho e, conseqüentemente, a vivência de prazer pelo indivíduo, pois estas ferramentas possibilitam o desenvolvimento correto das atividades.

Na subcategoria *informações centralizadas na Coordenação*, os entrevistados declararam que, diante da necessidade de obter alguma informação para executar suas funções, recorrem principalmente às coordenadoras. Embora tenham os recursos internos disponíveis, como os procedimentos operacionais padrões (POPs), intranet, fluxogramas, caderno de registro da enfermagem e redes sociais (*Whatsapp, email*), todas as informações são originados da Coordenação. Os entrevistados afirmaram que há facilidade na comunicação com a chefia imediata que se mostra disponível para atender os enfermeiros a que contam com um celular corporativo. Essa realidade pode ser percebida nos depoimentos a seguir:

Nem sempre as informações são claras. Há excesso de informação espalhadas no livro de relatório, papel pregado, rotina nova. Então, em caso de dúvida recorro à Coordenação. Mas existe esta facilidade de comunicação. São muitas coordenadoras. Então, se não consegue falar com uma consegue com outra. (E8).

Os processos não são alinhados. Então, eu vejo que há muitos buracos por causa dessa falta de alinhamento. E, então, fica centralizado na Coordenação. Em outras instituições que trabalhei o enfermeiro tinha mais autonomia, e aqui está tudo centralizado na Coordenação e Gerência. (E4).

Eu tenho muita liberdade com (uma das coordenadoras). Ela sempre é muito acessível. Sempre que preciso de algo, ela está sempre disponível. Nunca tive dificuldade para recorrer. Agora, eu tento resolver, só se não conseguir faço o contato por telefone para elas ficarem cientes ou registro no livro de relatório. (E7).

No ambiente hospitalar, o modelo organizacional predominante é o hierarquizado e verticalizado, que mantém a centralização do poder e a rigidez hierárquica. Este modelo está presente na UTI, conforme depoimentos, e o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros passa a ter um distanciamento entre a gestão no que diz respeito ao planejamento em relação às tarefas que desenvolvem (GODOY, 2009). Ainda neste sentido, partindo da classificação sobre os tipos mais comuns de poder encontrados nas organizações desenvolvida por Mintzberg (1992) e posteriormente atualizada por Paz (1997), reconhece-se que o poder estabelecido pela Coordenação do setor é o autocrático, pois, conforme depoimento dos enfermeiros, todas as informações do setor para a execução das tarefas estão centradas e controladas por esta esfera de decisão.

5.2.1.3 Relações socioprofissionais

Os relatos dos enfermeiros ressaltaram que *as relações socioprofissionais* envolvem o médico, o enfermeiro, a chefia imediata e a equipe técnica de enfermagem. Neste contexto, emergiu a subcategoria *trabalho em equipe*.

Os entrevistados afirmaram que o trabalho em equipe envolve a relação com os médicos do CTI, caracterizada como harmoniosa e de confiança, reconhecendo que estes possuem conhecimento das tarefas e da importância do enfermeiro na UTI. Condutas referentes aos pacientes são compartilhadas e definidas em conjunto com o enfermeiro. São realizadas corridas de leito junto com a equipe médica, principalmente no turno diurno, e por vezes, essa boa interação perpassa por momentos de conversas descontraídas. Algumas divergências foram pontuadas pelos entrevistados referentes aos médicos que não atuam no CTI, mas vão ao setor para avaliar pacientes, os quais, por falhas de comunicação se esbarram em

questões éticas ou de rotinas do setor, o que gera insatisfações mútuas, conforme os depoimentos a seguir:

A relação é muito boa. A gente faz corrida de leito juntos. Um ouve o outro, atende a opinião do outro. E muitas questões eles deixam para o enfermeiro decidir. Dá essa autonomia; mas a decisão é em conjunto. (E3).

Meu relacionamento com os médicos é muito boa. A gente se entende. Aquele médico diferente que chega no setor para avaliar um paciente é que acho que precisa melhorar a comunicação. A maioria nem se apresenta. (E10).

O convívio é tranqüilo. Eles gostam da participação do enfermeiro, procuram o enfermeiro, gostam do envolvimento no processo. Eles acham ruim o contrário, quando o enfermeiro não participa do processo. (E1).

A relação é de confiança, coleguismo. Eles sempre remetem a gente antes de tomar uma decisão. Tem boa comunicação, dão muita autonomia. Eles sabem que o enfermeiro é quem vai resolver a maioria das coisas. Então, eles confiam muito. (E2).

Eles te respeitam, entendem seu cargo, sua importância. (E6).

Na subcategoria *trabalho em equipe*, quanto ao relacionamento entre os enfermeiros, denota-se imparcialidade nas falas dos entrevistados. Alguns caracterizaram a categoria de enfermagem como desunida. Há relatos de rejeição e pouca receptividade dos enfermeiros admitidos no setor, sendo mais bem acolhidos pelos técnicos de enfermagem e demais membros da equipe. Percebe-se a existência de rivalidade entre o enfermeiro do dia com o da noite. Eles atribuem essa reação ao fato de o enfermeiro do dia definir maiores condutas com a equipe médica, assim como maior contato com a Coordenação e a Gerência, sendo, portanto multiplicadores das novas rotinas do setor. Contudo, em situações necessárias há cooperação entre os enfermeiros para auxiliar na solução de intercorrências que surgem no decorrer do plantão, o que pode ser comprovado pelos seguintes relatos:

Tenho um relacionamento bom. Sei respeitar. Eles me respeitam também. Às vezes, temos uma discussãozinha. (E10).

Eu percebo que a classe de enfermeiro é desunida. Então, poderia ser melhor, mas tenho um relacionamento bom. (E4).

Quando fui transferida para o CTI do décimo andar, eu senti uma resistência muito grande. Eu perguntava, não me respondiam. Me davam as costas, inclusive. A equipe de técnicos me receberam melhor que os enfermeiros, mas agora está tranqüilo. Eles não me conheciam. (E6).

No meu plantão, a gente tem um relacionamento bom. Eu até acho que o nosso relacionamento é muito profissional. (E5).

O relacionamento profissional é bom, mas ainda tem aquela picuinha do enfermeiro do dia com o da noite. Um fala que o outro não fez. Mas o relacionamento é bom. (E3).

No relacionamento com a chefia imediata, a subcategoria *trabalho em equipe* fomenta a ideia de placidez à subordinação, pois, de acordo com os enfermeiros entrevistados, a relação apresenta um caráter de tranquilidade, conforme pode ser comprovado nos depoimentos:

É bom, normal. Não tem nada de extraordinário (E4).

É tranqüilo. Eles me ligam, eu atendo. Fala que eu esqueci de fazer, eu venho na mesma hora para fazer. Pede para eu vim dar um plantão extra, eu venho. Eu não vejo assim como um bicho de sete cabeças, não. (E10).

Eu acho que só de estar aqui trabalhando durante o dia, é uma prova de confiança, elas acreditam que a gente é capaz de cumprir essa demanda (E2).

É tranqüilo. A gente não tem aquele contato. Temos mais, assim, quando elas precisam de alguma coisa. (E1).

Bom, não tenho problema nenhum. São até abertos ao diálogo. (E8).

Com menor frequência, foi possível observar que alguns entrevistados não avaliam a relação da chefia imediata com o enfermeiro como tranqüila. Eles apontaram que a relação do enfermeiro do dia com a chefia imediata é mais próxima, em função de um convívio diário, enquanto os enfermeiros noturnos encontram com a chefia, normalmente, nas reuniões mensais ou em outras situações, a exemplo de uma troca de plantão.

A normalidade aparente pode ser uma expressão forçada dos trabalhadores. Para Sznelwar; Uchida (2004) manifesta como um estado de alerta, pois pode ser um equilíbrio instável, sumariamente precário, entre vivências de sofrimento psíquico e estratégias de defesa. Ou seja pode ser um disfarce para que o sujeito mantenha produtivo e atuante mas vinculado a muito sofrimento. Para Ferreira e Mendes (2001), o trabalho é um local de interação entre diferentes sujeitos em determinado contexto. Neste local, relações sociais e acepções psíquicas são elaboradas. Portanto, situações conflituosas neste cenário podem ter repercussão positiva ou

negativa. A forma como é enfrentada pelo indivíduo é que caracterizará a qualidade de vida no trabalho e seu bem-estar.

Na relação enfermeiro e técnico de enfermagem, a subcategoria *trabalho em equipe* emergiu com vários aspectos de liderança sendo necessários para uma relação bem consolidada: parceria, respeito, confiança, conquistas adquiridas simultaneamente, enfermeiro como referência, comunicação e compromisso. Estes elementos se observam nos relatos:

O técnico de enfermagem, o médico, cada um olha para seu lado. O enfermeiro tem que olhar de todos os lados. Então, eu vejo que é preciso ter muito diálogo. Tenho uma boa comunicação com minha equipe. O que tenho para falar, falo e ouço também o que eles tem para falar, e isto é ótimo. (E8).

Apesar de novos de profissão, eles são excelentes, são abertos para receber as orientações e sugestões. Não são questionadores, líder negativo, muito pelo contrário. Então, temos uma relação de confiança. Sempre remetem ao supervisor de plantão. (E2).

Sou suspeita de falar da minha equipe. Sou apaixonada com eles. Quando eu assumi esta escala, era uma equipe muito difícil. No final do ano, recebi um feedback da coordenação me dizendo que era uma outra equipe. Isto só foi possível porque temos uma relação de parceria. (E7).

Eu sou muito exigente. Eu cobro muito deles, mas também estou sempre presente. Então, do mesmo jeito que exijo eu tenho retorno, porque eles sabem que para tudo eu estarei do lado deles. (E9).

Os trechos reforçam Couto (2008) quando afirma que o trabalho em equipe envolve a participação de todos os trabalhadores em busca de um objetivo comum, o que na UTI é imperioso, pois requer precisão e efetividade nas tomadas de decisões. A assistência de enfermagem é caracterizada pela continuidade do cuidado e desenvolvida em turnos alternados, que garantem atendimento ao paciente 24 horas por dia. Nesse contexto, “os cuidados de enfermagem resultam do trabalho em equipe” e requerem dinamicidade, que ultrapassa o simples empenho individual. Para alcançar resultados qualificados, é necessário que haja padrão de liderança plausível no trabalho em equipe (MOURA et al., 2010, p. 2). Nesse sentido, pode-se recorrer aos estudos de Martins (2008) quando afirma que o trabalho em saúde é desenvolvido pelo exercício de vários profissionais atuantes em um mesmo espaço simultaneamente e com conhecimentos específicos de suas áreas, sendo que em alguns momentos as atividades são desenvolvidas individualmente; em outros, em

conjunto, o que requer harmonia e interação entre a equipe de trabalho.

O trabalho na UTI possui um modelo clínico e curativo. Portanto, as intervenções da enfermagem são dependentes das condutas médicas ou complementares a elas, sendo as tarefas distribuídas de acordo com as diferentes categorias de trabalho e seu grau de qualificação, em que o enfermeiro assume a função primordial de organizar o trabalho e de distribuir os cuidados ao paciente. O técnico de enfermagem operacionaliza a maior parte da assistência de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1987; MARTINS, 2008).

No contexto do trabalho em equipe, é preciso levar em consideração o papel assumido pelo enfermeiro que tem cargo de chefia/gerência, pois este exerce na organização uma dupla representação. De um lado, possui um grupo de trabalho sob sua coordenação que tem expectativas e necessidades; de outro, é requerido deste demandas da instituição que vão de encontro com aos objetivos organizacionais e que, diante das dificuldades diárias, passam a confrontar a liderança exercida pelo enfermeiro (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Sintetizando a categoria *contexto do trabalho*, foi possível constatar por intermédio das subcategorias que emergiram da análise: o ritmo de trabalho na UTI é intenso, mas esperado para este setor; a quantidade de profissionais é variável de acordo com o plantão e gera apreensão no enfermeiro; a cobrança e o desempenho no trabalho foram identificados pelos enfermeiros principalmente quanto ao cumprimento dos requisitos administrativos e ligados diretamente ao cumprimento das atividades diárias do setor; os enfermeiros afirmaram que é real a existência de risco biológico, por se tratar de um setor fechado e mais vulnerável, no entanto são fornecidos equipamentos de proteção individual aos funcionários para garantir a segurança dos profissionais, sendo que a utilização destes equipamentos depende da adesão do funcionário para o uso e, conseqüentemente, a prevenção de acidentes; os instrumentos e equipamentos de trabalho foram considerados como tecnologia de ponta e adequados para atender à demanda, mas os enfermeiros afirmaram que enfrentaram problemas com a ausência de estoque para a reposição quando danificados; e as relações socioprofissionais foram caracterizadas como

trabalho em equipe, e neste contexto foram pontuados os principais elementos que o enfermeiro precisa para conduzir sua equipe na UTI.

5.2.2 Custos do trabalho

A dimensão *custos do trabalho* é composta pelos fatores *custo físico*, que elucida o dispêndio fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador no cenário da produção; o *custo cognitivo*, que conta com a exigência intelectual para a aprendizagem e a resolução de problemas nas tomadas de decisão no trabalho; e *custo afetivo*, que se refere ao emocional e às reações afetivas e sentimentais e aos estados de humor do indivíduo.

5.2.2.1 Custo físico

A partir dos relatos dos entrevistados, emergiram as subcategorias *ergonomia no trabalho* e *esforço físico*. Especificamente neste contexto, elas serão abordadas em conjunto, em função dos depoimentos dos entrevistados e da similaridade dos assuntos. Neste aspecto, os entrevistados afirmaram que o custo físico exigido diz respeito à postura inadequada que assumem inúmeras vezes para a execução das atividades durante o plantão, ao excesso de peso que carregam para transportar pacientes e equipamentos, à disposição física, que é uma demanda natural do setor, pela dinamicidade presente, e à necessidade de caminhar por longas distâncias. Seguem os relatos a este respeito.

Postura inadequada para realizar curativos, carregar peso para transferir paciente da maca para o leito. A gente anda muito, anda demais, igual louca. Por isto a importância de usar tênis confortável, meias compressivas. (E4).

A gente corre muito para resolver problemas, transporta pacientes para exames. Então, fico muito cansada. Além do esforço físico que a profissão me exige, me faz pensar no prazo de validade da profissão. Daqui a vinte anos não vou ter a mesma disposição para desempenhar minhas funções. (E2).

São pacientes que demandam muito, pacientes pesados fisicamente. Requer um esforço físico. Eu já tive problema no joelho, por locomoção, peso, mas a gente está susceptível. É o nosso trabalho. (E6).

É caminhar e pegar peso o tempo todo. Fora as intercorrências para atender uma parada cardiorespiratória. Você fica quarenta minutos em cima do paciente. Saio todo suado. (E8).

Tem que ter muita disposição, exige muito fisicamente e mentalmente. No auge da madrugada, eu tenho que redobrar minha atenção, porque o sono, o cansaço rouba um pouco. Trabalhar à noite não é fácil. Tem que ter muita atenção. É ruído na sua cabeça o tempo inteiro. CTI é muito barulhento, então cansa muito. (E7).

O esforço físico exigido dos entrevistados é qualificado, na visão de Fielder e Venturoli (2002) como trabalho pesado e que expõe o indivíduo à ameaça de danos físicos e psíquicos, que podem surgir, como fadiga, e, conseqüentemente, impactar o ritmo de trabalho, a concentração e a agilidade para raciocinar e, em função da redução da produtividade, expô-lo ao risco de acidentes, erros e doenças. Estudo desenvolvido por Mauro et al. (2002) concluiu que a postura corporal e o uso da mecânica corporal exigem muito do profissional da enfermagem, que durante todo o turno de trabalho permanece de pé. Em outro estudo, Magnago et al. (2007) constataram que longas distâncias percorridas no decorrer do plantão estão associadas a distúrbios musculoesqueléticos, como dores na região cervical, cotovelos, punhos e mãos, joelhos e tornozelos.

5.2.2.2 Custo cognitivo

A partir dos depoimentos dos enfermeiros, constatou-se que o custo cognitivo do enfermeiro está relacionado à *exigência intelectual* e à *administração de imprevistos*.

A *exigência intelectual* ocorre em função de a ocupação do enfermeiro assumir situações diversificadas e, normalmente, imediatistas relacionadas à assistência ao paciente, que requer elevado nível de concentração e atenção. Portanto, as tomadas de decisões precisam ser pautadas em conhecimentos e experiências. As situações vivenciadas no dia a dia neste setor são sempre muito inovadoras, o que possibilita um aprendizado constante, mas requer atualização e busca por conhecimento, o que, normalmente, é feito em seus domicílios, uma vez que no local de trabalho não há tempo para estudo. A principal fonte de busca de conhecimento é por meio de congressos, artigos e consensos brasileiros e internacionais, como constata os relatos:

O profissional de terapia intensiva tem que ter muito conhecimento para perceber as intercorrências rápido. É tudo muito dinâmico e requer conhecimento e dinamicidade. O CTI é um setor que exige do profissional sempre estar estudando, ter mais conhecimento e ser mais centrado. (E3).

A área da saúde é uma área que precisa o tempo inteiro de rever alguns conhecimentos e aprofundar. As informações mudam muito rápido. Está sempre acompanhando as atualizações. (E6).

É novidade o tempo inteiro. Então, você tem que atualizar, senão fica para trás. Tem que estudar, atualizar. Esta busca é fora da organização. (E7).

O profissional que atua na UTI tem que ter um conhecimento bem amplo para que consiga tomar decisão imediata. Isto requer um conhecimento e atualização e, principalmente, experiência. Acho que isto diferencia muito o profissional da enfermagem: experiência e conhecimento que ajudam nosso dia a dia. (E2).

A disparidade entre a tarefa prescrita e a atividade desenvolvida pode gerar o custo humano do trabalho. Elas são inseparáveis e exigem do indivíduo um constante esforço de adaptação, que tem por finalidade a mediação do trabalho e do desgaste vivenciado (BRITO, 1991; FERREIRA; MARCELIN, 1982; MORAES; MONT'ALVÃO, 1998). O custo cognitivo significa o dispêndio intelectual para tomar decisões e resolver problemas no trabalho. Para que decisões sejam tomadas imediatamente de forma segura para o paciente e a equipe, com o objetivo de diminuir as ameaças a vida do paciente, o profissional enfermeiro resgata de sua memória informações necessárias para tais condutas (CAMPOS; DAVID, 2010). O trabalho exige da inteligência e do corpo do indivíduo um esforço para enfrentar o que não é oferecido pela organização (ASSUNÇÃO, 2003).

Estudo desenvolvido por Ferreira e Mendes (2003) com auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira identificou que a intensidade do uso da memória e da quantidade expressiva de informações que esses devem conter demandou um alto custo cognitivo. Rossie, Calgaro e Melo (2007) identificaram em estudo com carteiros o esforço cognitivo relacionado ao uso da atenção por tempo prolongado, à visão e à memória para o desenvolvimento de atividades específicas. Portanto, o enfermeiro, embora atue em ambiente diferente dos estudos citados, estão expostos a exigências semelhantes aos estudos desenvolvidos no que diz respeito ao custo cognitivo exigido para a execução de suas tarefas na UTI.

Em relação à *administração de imprevistos*, observou-se que é exigido do enfermeiro que atua na UTI uma percepção rápida das alterações do paciente e, ao mesmo tempo, ações com calma e tranquilidade. Imprevistos e problemas são características deste setor, o que demanda habilidade para a resolução destes, assim como priorização para resolução:

A gente tem que estar sempre muito bem preparado para resolver qualquer problema. Requer atitude e habilidade. O enfermeiro é líder por natureza. A nossa profissão exige isso. (E6).

Estabelecer prioridades, manter a calma, raciocínio crítico e foco para resolver os problemas. (E7).

Eu gosto muito das coisas organizadas. Se eu pudesse planejar, seria melhor. Mas, a partir do momento que entrei na terapia intensiva, eu percebi que isto faz parte da minha realidade. Então, a maioria do meu tempo é justamente para administrar situações imprevistas. O enfermeiro de CTI tem esse perfil de mediar esses problemas. (E4).

Isto é normal. Faz parte da profissão. Situação imprevista nem me preocupa. É uma característica do setor. (E8) .

A liberdade vivenciada pelo enfermeiro para administrar os imprevistos pode ser um indicador de prazer no trabalho (MENDES; SILVA, 2006). Essa liberdade dá ao trabalhador a oportunidade de expressar-se em pensamentos, falas e ações quanto às atividades que desenvolvem (FERREIRA; MENDES, 2001). Quando o sujeito usufrui de liberdade concedida pela organização, é possível que este se reestruture de maneira a vivenciar fontes de prazer nas atividades e atitudes que desenvolve (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

5.2.2.3 Custo afetivo

Com base nos depoimentos dos entrevistados, o que demanda o custo afetivo dos enfermeiros no exercício de suas funções são: *conflitos emocionais, perda de pacientes e distanciamento do paciente*.

Os *conflitos emocionais*, compreendem uma variedade de sentimentos e aspectos que demandam do enfermeiro um grande esforço afetivo. Com base nos depoimentos dos entrevistados, percebe-se que cuidar de paciente oncológico exige muito controle das emoções, pois, muitas vezes, o paciente está consciente, mas não tem conhecimento da gravidade do seu estado de saúde. Isso produz um

sentimento de angústia no enfermeiro que presta cuidados a ele. Outra questão que gera muito desgaste ao enfermeiro diz respeito aos constantes óbitos de pacientes que ocorrem no setor. Dependendo da relação de proximidade desenvolvida com o paciente, a perda gera um sentimento como se fosse de um ente querido próximo. A ocorrência do choro entre os familiares produz forte comoção e, ao mesmo tempo, exige ponderamento do enfermeiro para disfarçar seus sentimentos. Outras questões que emergiram dos depoimentos são as questões éticas que perpassam as decisões dos profissionais deste setor e exigem um posicionamento do enfermeiro para não transgredir ou corromper conforme o que pode ser defendido por terceiros e a questão da cobrança vinculada à punição. Os trechos abaixo confirmaram o exposto:

Estamos sempre vulneráveis a situações bem complicadas. A cobrança associada a punição me abala muito. Às vezes, eu fico sem vontade de voltar no outro plantão. Mas infelizmente, tenho que trabalhar. Eu gosto do que faço. Então, venho por prazer, apesar de todas as dificuldades. (E6).

Eu fico mais abalada é de ver a família junto com o paciente. Mas o paciente em si eu já sou mais fria, eu consigo separar, senão eu já estava estressada. Onze anos de terapia intensiva. Se for sofrer por cada paciente que morre, eu já estava com depressão. (E1).

Isto é muito difícil, porque, às vezes, o paciente não tem mais prognóstico, mas você quer fazer tudo por ele. Então entra nos valores éticos. (E4).

É inevitável. Paciente muito tempo internado, a gente se apega mais, principalmente aquele que chegam conscientes e vão piorando. (E7).

Apurou-se também que as reações afetivas quanto à *perda de pacientes* jovens é o que mais incomoda os enfermeiros entrevistados, pois, normalmente, exige um forte controle das emoções:

Tem que disfarçar demais. E, às vezes, a gente não consegue. Pacientes oncológicos e pacientes jovens mexem muito comigo. Tive um paciente com leucemia. Quando ele morreu eu fiquei péssima. Por um lado, foi bom, porque a família percebeu que a gente se comove; por outro, foi ruim porque demonstrei fraqueza (E4).

Em situações de pacientes novos, a gente fica comovida com a história do paciente, da família. Tento disfarçar um pouco, mas tenho que manter a postura e ter um pouco de frieza. Tive uma paciente de treze anos com leucemia. Veio do interior. Ela me contava muitas histórias. Ela não tinha noção da gravidade da doença. Aquela inocência! Eu ficava muito comovida. (E10).

Quanto aos pacientes, temos muitos casos de câncer com prognósticos ruins, sem possibilidade terapêutica, pacientes jovens. Penso na família. Então, a gente sofre muito, mas tenho que controlar. (E6).

Espera-se que o enfermeiro seja um profissional que execute com habilidade e competência o seu trabalho, a fim de atender às demandas quanto às necessidades do paciente, assim como de sua família, compreender e intervir na manifestação de dor e dependência, e perceber os temores vivenciados pelos envolvidos. Neste contexto, o enfermeiro está inserido num cotidiano laboral permeado por vivências de angústia, medo, dúvida, sofrimento, prazer, satisfação e insatisfação. E, por serem tão variados os sentimentos, torna-se impossível ao indivíduo ter tempo para sentir e trabalhar suas próprias emoções, que, por vezes, são expressas, mas as instituições não se sensibilizam com isso ou não compreendem tais profissionais (MELO, 2000).

De acordo com Lima Júnior e Ésther (2001), a morte de pacientes jovens e de pacientes com internação prolongada é mais difícil de ser elaborada pelo profissional, pois se, de um lado, o sucesso das intervenções é motivo de prazer, de outro, a frustração com a perda do paciente é fonte de sofrimento para os profissionais da saúde.

O *distanciamento do paciente* foi outra subcategoria que emergiu dos depoimentos, a qual pode implicar uma variedade de sentimentos, assim como uma estratégia de defesa para mediar o sofrimento vivenciado pelo óbito ou pela hostilidade das variadas patologias de prognósticos ruins que normalmente acometem os pacientes internados na UTI. Os seguintes relatos confirmam essa realidade.

O início é mais difícil. Com o tempo acho que vai perdendo a sensibilidade. E eu acredito que isso seja negativo. Mas quando perco um paciente, fico triste. Mas acaba que nem tem tempo para ficar triste, porque senão outro vai agravar e, ao invés de perder um você perde dois pacientes. (E2).

No meu primeiro ano de profissão, eu sofria demais. Ia para casa arrasada. Precisei de apoio psicológico. Isso me consumiu muito. Comecei a criar um distanciamento, não porque sou fria, mas estava me consumindo muito. (E7).

Não me envolvo muito sentimentalmente com o paciente. (E1).

Quanto aos pacientes, alguns você se apegam, mas não pode absorver, porque se você se envolver demais não vai conseguir tratar ele da forma que precisa ser tratado. Tem que deixar o sentimento um pouco de lado. (E9).

Reconhecer a morte ou falar sobre este assunto sempre atemorizou o ser humano, mesmo sendo este um profissional da saúde. Excluir este processo ou manter o silêncio é uma estratégia utilizada por muitos, lembrando que toda perda gera sofrimento, e no profissional da saúde pode produzir até transtornos. Estudos realizados com trabalhadores de enfermagem sobre o processo de enfrentamento da morte identificaram que os mecanismos de defesa mais utilizados foram a evasão e a negação, pois o sofrimento é real quando vivenciam o processo de morrer de seus pacientes. Consequentemente, há um forte sentimento de perda (SHIMIZU, 2007; TAKAHASHI et al., 2008; TRUGILHO, 2008). No entanto, estes mecanismos de defesa podem ser manifestados por frieza, numa aparente insensibilidade, como mecanismo protetor, o que pode repercutir negativamente no processo de cuidar daquele paciente que está evoluindo ao óbito (SOUZA; BOEMER, 2005).

Fazendo-se uma síntese dos resultados da categoria *custos do trabalho*, é possível observar que o *custo físico* exigido dos enfermeiros que atuam na UTI está relacionado à *ergonomia no trabalho*, que envolve desde percorrer longas distâncias durante o plantão até carregar excesso de peso para a transferência de pacientes em macas e a postura inadequada para a execução de atividades e procedimentos diversos. O *custo cognitivo* foi percebido pelos enfermeiros quanto à *exigência intelectual* requerida para a administração de situações imprevistas vinculadas ao conhecimento teórico prático. Já os *conflitos emocionais* são vivenciados pelo enfermeiro em seu dia a dia diante da constante iminência de morte dos pacientes, assim como a constatação do sofrimento alheio.

5.2.3 Sentido do trabalho

Nesta dimensão, as *vivências de prazer* são percebidas pelo indivíduo por meio da *realização profissional* e da *liberdade de expressão*. A *realização profissional* pode ser vivida pelo indivíduo quando há gratificação profissional, orgulho e identificação do trabalho que produz. Consequentemente será permeada por vivências de satisfação, motivação, orgulho do que faz, bem-estar, valorização, reconhecimento,

identificação com as tarefas desenvolvidas e gratificação pessoal com as atividades. Quanto à *liberdade de expressão*, ela é vivenciada pelo indivíduo com a liberdade que este tem para pensar, organizar e falar sobre seu trabalho. Estes fatores são estruturados na liberdade que possui para negociar com a chefia, para compartilhar como os colegas assuntos do trabalho, como solidariedade, confiança e cooperação, para expressar opiniões e para utilizar a criatividade (MENDES; FERREIRA, 2007).

As vivências de sofrimento são caracterizadas pelo esgotamento profissional, envolve: vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho. Outros fatores são: falta de reconhecimento, vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007).

5.2.3.1 Vivências de prazer

A análise dos depoimentos dos enfermeiros revelou que as principais *vivências de prazer* no trabalho estão associadas ao fator *liberdade de expressão* que existe entre os colegas, traduzida pela possibilidade da emissão das opiniões no ambiente de trabalho, mesmo não sendo suficientes para produzir transformações.

A chefia é aberta para expressar sua opinião. Só o fato deles darem esta abertura é bom. Claro que você não vai falar tudo aquilo que tem para falar se está insatisfeito, porque não vai resolver, mas o que é pertinente tenta passar. (E8).

Eu acho que com a chefia é mais um diálogo. Com o colega a gente consegue expressar melhor. (E3).

Tem coisas que eu acho que não adianta ser ditas. Já tem as linhas a serem seguidas. Mas, fora estas situações, eu acho que a coordenação e os colegas são totalmente abertos. Tirando estas questões que a gente sabe que não tem como mudar, eu acho que elas são muito abertas. (E2).

Eu não tenho muito disso, não. Eu falo com o chefe e com o colega da mesma forma. Eu fico livre para falar. (E10).

Morrone (2001) e Mendes e Cruz (2004) consideram que as vivências de prazer originadas da realização e do reconhecimento permitem que o trabalhador reforce sua identidade, ao ter liberdade para se expressar, elaborar e inovar, o que fortalece ainda mais sua identidade social. Construir a identidade social é fonte de prazer para

o trabalhador, pois o diferencia de outras pessoas e o faz sentir-se importante e reconhecido perante outros (HERNANDES, MACEDO, 2008).

A *realização profissional* como vivência de prazer emerge quando acontecem a recuperação do paciente e o reconhecimento do papel do enfermeiro neste processo. Prestar uma boa assistência e sair do plantão com a sensação de dever cumprido e ajudar o paciente e seu familiar permitiram a identificação com as tarefas e a gratificação pessoal com as atividades desenvolvidas, conforme pode ser constatado pelos depoimentos:

Quando você vê que, de certa forma, ajudou este paciente a melhorar, eu acho que é o que mais deixa a gente feliz. Porque, querendo ou não, a gente vem aqui pra fazer isso. É uma coisa que não acontece todo dia. Então, quando a gente vê, dá vontade de continuar. (E2).

As tarefas que a gente executou deu certo. Você vê a melhora do paciente que o trabalho de todo profissional ali deu certo, que tomamos as condutas certas, a qualidade da nossa assistência. (E3).

Prestar uma boa assistência. Como supervisor, fazer com que o plantão funcione bem. Sair do plantão e falar assim: “Hoje nós conseguimos executar a tarefa de acordo com o que tem ser feito”. (E8).

Quando eu vejo que o cuidado da minha equipe conseguiu atingir a melhora do paciente; reconhecimento de outros profissionais; atendimento de qualidade aos pacientes; relação multiprofissional acontecendo em prol do paciente. (E4).

O reconhecimento do paciente do papel do enfermeiro na sua recuperação. (E9).

Mendes (1995, 1999), Mendes e Linhares (1996) e Mendes e Abrahão (1996) apontam que o prazer é vivenciado pelo trabalhador quando há a valorização e o reconhecimento deste indivíduo, especialmente se a atividade desenvolvida apresentar um significado para organização e a sociedade. A possibilidade de expressar a engenhosidade do trabalhador também é fonte de prazer, uma vez que produz admiração pelo que se faz associado ao “reconhecimento da chefia e dos colegas.” (FERREIRA, MENDES, 2001, p. 95).

O trabalho quando possui sentido para o indivíduo garante a saúde do trabalhador e para o enfermeiro o bem-estar desta garantia está no valor simbólico da sua ocupação, identificado no atributo moral da atuação (DAL PAI; LATERT, 2008).

Lunardi Filho (1997) considera que mesmo sendo o trabalho da enfermagem fatigante pode proporcionar realização pessoal e profissional ao permitir por meio da assistência ao paciente aplicar o seu saber fazer.

5.2.3.2 Vivências de sofrimento

Das vivências de sofrimento sentidas pelo labor dos enfermeiros que atuam na UTI emergiram as seguintes subcategorias: *reconhecimento* e *valorização e desgaste profissional*.

A falta de reconhecimento e valorização foi apontada pelos entrevistados como a maior vivência de sofrimento, sentimento decorrente das relações mantidas com a chefia, a instituição e, até mesmo, com os próprios profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Outra questão que reforça este sentimento foi a baixa remuneração salarial proposta no mercado de trabalho diante da importância e da ocupação do enfermeiro no cenário da saúde, o que exige que este possua mais de um vínculo empregatício para manter um padrão de vida sustentável.

Gera sofrimento no sentido de em questão de mercado de trabalho mesmo eu ter que trabalhar em dois lugares, pela questão financeira. Então, não consigo dar uma assistência com excelência pela exaustão. (E5).

Eu acho que reconhecimento por parte da equipe pode até existir, mas está ocultada. Ainda não tem essa rotina de sentar para dar um feedback. Você é cobrado, mas não é elogiado. Psicologicamente, sou bem resolvido. Eu não preciso de elogio, mas que é bom e que talvez me motivasse mais, sim. Mas não me desmotiva, não me incomoda. (E8).

Infelizmente, a gente não tem reconhecimento nem valor nenhum aqui dentro. Não tem nenhum feedback positivo, só negativo. Se esquecer de fazer algo, vem punição, relatório, todas as coordenadoras em cima de você. Eu acho isto repugnante. Não tem escuta nenhuma. Nossa opinião não vale nada. (E6).

É pouco reconhecido, valorizado. Centralizam muitas tarefas no enfermeiro, mas não tem retorno. Não tem reconhecimento pelo trabalho. Tem se você não fez. Aí é penalizado, cobrado, leva advertência e tudo mais. Agora, se fez, é sua obrigação ter feito. (E1).

Mendes e Tamayo (2001, p. 41) afirmam que as vivências de prazer-sofrimento são formadas como único construto e compostas pelos fatores “valorização e reconhecimento que definem o prazer e desgaste com o trabalho que define o sofrimento.” A valorização pode ser vivenciada pelo indivíduo quando o trabalho em

si possui sentido no âmbito social e para a organização. O reconhecimento é sentido diante da aceitação e admiração no trabalho, além da liberdade individual quanto à expressão. O sofrimento, no entanto, ocorre quando o desgaste em função do trabalho é vivenciado pela sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. O sofrimento e o prazer no trabalho compõem uma dialética indissociável na experiência de trabalho. Quando há a busca pela vivência de prazer, o indivíduo está evitando o sofrimento (DEJOURS, 1999, 2000; FERREIRA; MENDES, 2003). O prazer pode ser quantificado quando seu ápice alcança a conquista financeira, o que para uma sociedade capitalista conota a supremacia do poder social. Consequentemente, a sua falta gera instabilidade e insatisfação nos âmbitos social e psíquico do indivíduo (VALERIANO; GARCIA, 2007).

Outra subcategoria que emergiu do contexto de vivências de sofrimento foi o *desgaste profissional* em função dos conflitos vivenciados entre a equipe, da falta de funcionários, do descaso pelo paciente, do excesso de cobranças, das falhas da equipe que impactam no atendimento adequado do paciente, do aumento de atividades administrativas, e do distanciamento da assistência, dos múltiplos vínculos empregatícios e da baixa remuneração salarial. Uma parte desta realidade pode ser vista nos relatos a seguir:

Financeiramente somos mal reconhecidos. Todo mundo trabalha muito e não é valorizado. Isto traz sofrimento, porque não há perspectiva de melhora. Estou deixando de gostar porque já não faço mais o que fui formado para fazer. Estou sentido, sofrido, porque tenho muito serviço burocrático (E8).

O prazo da validade me faz pensar bastante na profissão. A questão do reconhecimento, que também está bem aquém do que o profissional merece, é o que me faz sentir esgotada. (E2).

O esgotamento maior é a falta de profissional, porque o enfermeiro que tem que correr atrás de escala de remanejamento ou então assumir a escala; ou seja, fazer as duas funções ao mesmo tempo. (E3).

Negligência por parte técnica, um descuido com o paciente, um limite de esforço terapêutico que eu não concordei, isto me leva ao esgotamento. (E5).

As cobranças por tantas atividades a serem executadas têm me levado ao esgotamento. (E1).

A organização do trabalho perpassa as atividades técnicas que ultrapassam regras e normas e envolvem uma complexa relação social e de trabalho (DEJOURS;

ABDOUCHELI, JAYET, 1994). Cada profissional tem sua importância na equipe, apoiada na integração e no entrosamento entre os componentes, de forma a compartilhar o saber em prol de um único interesse: o restabelecimento do paciente (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). No entanto, os serviços de saúde não ficaram excluídos da burocratização. Como consequência, o tempo do enfermeiro, que antes era destinado à prestação de assistência ao paciente, passa a ser consumido com questões administrativas. Para Alves, Penna e Brito (2004), quando o enfermeiro se distancia da assistência para assumir as funções administrativas, ele vivencia tal situação de forma sofrida, por não contemplar o núcleo da sua formação. O enfermeiro tem se tornado um especialista administrativo na organização hospitalar, e essa transformação exige do intelecto do indivíduo inserido neste contexto a preocupação em gerenciar conflitos e superar deficiências de infraestrutura da organização.

Outra questão a ser considerada é que o trabalho deveria ser uma atividade de cunho prazeroso na vida do indivíduo, para possibilitar a melhoria das habilidades físicas e mentais e proporcionar melhores condições de vida, com remuneração adequada e compatível com sua importância no cenário da saúde (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). No entanto, as vivências de prazer-sofrimento representam algo subjetivo e requerem um custo humano que pode ser expresso em carga de trabalho e, por conseguinte, confrontar o sujeito com a carga de trabalho e o impacto em seu bem-estar psíquico (FERREIRA; MENDES, 2001).

Sintetizando a categoria pertinente ao *sentido do trabalho as vivências de prazer* são vivenciadas pelos enfermeiros quando há a recuperação do paciente, pois, por se tratar de um setor de alta complexidade, quando isso ocorre é possível que este profissional sinta-se gratificado por ter contribuído com seu saber fazer para a recuperação do paciente. A liberdade de expressão do enfermeiro perante a equipe para contribuir para as decisões e condutas que trazem satisfação ao enfermeiro e a sensação de autonomia para a execução das suas atividades. Já a ausência de reconhecimento e valorização por parte da equipe, da organização e do próprio mercado de trabalho são fatores que conduzem estes profissionais às vivências *de sofrimento*, pois, em função da desvalorização, até pelo aspecto financeiro, exige-se

que este profissional possua mais de um vínculo empregatício, o que propicia ainda mais ao desgaste profissional.

5.2.4 Estratégias para lidar com o sofrimento

As variadas estratégias que emergiram dos depoimentos dos entrevistados foram: *apoio familiar, aconselhamento psicoterápico, prática religiosa, atividades de lazer e uso de medicamentos.*

Minha válvula de escape é meu filho. Quando chego em casa, ao vê-lo, eu esqueço de tudo. Eu pego ele, dou um abraço, e aquilo me faz esquecer de tudo. Deus é minha base. Já tive depressão, e o lugar que eu conseguia me sentir bem era na igreja. Então lá é meu refúgio, lá é o lugar que eu dou uma conversada maior com Deus e vou dando uma relaxada. Deixo tudo ali na igreja, no banco. (E5).

Hoje faço terapia, porque, apesar da atividade física, lazer, viajar, você precisa de alguém para ajudar a extravasar. Já tomei medicação por diversas vezes e parei com medo de dependências. Tem dia que tenho que tomar um remédio para dormir. Adoeci quando era acadêmica. Tudo está na terapia intensiva, não na enfermagem. (E6).

Oração é a maior vitória que tenho. Quando tem algum conflito no setor, com Coordenação, Gerência, eu olho o paciente na cama e penso: "Tem gente pior que eu". Então, eu posso conseguir trabalhar esses pontinhos e fazer o meu melhor, trabalhar meu emocional. (E9).

Faço terapia e atividade física e lazer. Vou a algum bar, converso, sair de casa, do ambiente de trabalho. Isto são estratégias que utilizo para amenizar o sofrimento. (E4).

O sofrimento pode ser encarado pela mediação de estratégias que têm por objetivo impedir a desorganização mental do trabalhador. Quando o sofrimento é transformado em vivências de prazer, é denominado mobilização subjetiva ou mobilização coletiva. Se não ocorre essa transformação, o objetivo das estratégias passa ser a defesa do ego contra a dissociação cognitiva, e é nomeado de estratégias defensivas. A mobilização subjetiva, para Dejours (2004), é a vivência de prazer para ocupar ou mediar o sofrimento.

Sintetizando a categoria *estratégias de defesa*, é possível classificá-la em: estratégias individuais; e estratégias coletivas. Quando articulada individualmente, o indivíduo vivencia esta estratégia com interiorização; ou seja, não há a presença do objeto. Quando articulada coletivamente este é exteriorizado e sustentado na

aprovação de um grupo específico de trabalhadores que está em consonância com a estratégia. As estratégias são, no entanto, mecanismos que o trabalhador elabora para transformar a percepção da realidade que o faz sofrer (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). De acordo com a classificação dos autores, foi possível constatar que os enfermeiros deste estudo utilizaram a estratégia de defesa individual para mediar o sofrimento no trabalho. No entanto, a estratégia individual não é passível de gerar transformação na organização em relação aos riscos de adoecimento no trabalho pelas vivências de sofrimento.

5.2.5 Danos do trabalho

Esta dimensão é composta por *danos físicos*, que se referem às alterações biológicas e às dores no corpo; e *danos psicossociais*, aqueles que geram sentimentos negativos de si e da vida, de forma geral, além do isolamento familiar e social.

5.2.5.1 Danos físicos

A subcategoria *manifestações patológicas* emergiu, conforme os depoimentos dos enfermeiros, com alterações do estado de saúde referentes a: afecções circulatórias, como hipertensão arterial; afecções gastrintestinais, como diarreia, constipação e gastrite; hábitos alimentares inadequados com intervalos muito longos sem alimentar e/ou hidratar; ganho de peso; e dermatite e afecções ortopédicas. Alguns desses danos são observados nos relatos:

Eu já desenvolvi um problema na canela de tanto ficar em pé. O osso da canela dói. Fui no ortopedista. Já tive problema na coluna de tanto pegar peso, distúrbio mental, estresse, falta de humor, falta de paciência, cansaço mental, falta de sono, intestino totalmente descontrolado, e por aí vai. (E8).

Já tive diarreia por uma situação de estresse. Minha alimentação era muito ruim. Às vezes, ficava de 6:30 da manhã, horário que sai de casa, até 14:00 sem comer nada. Não tomava café da manhã, sem beber água, ir ao banheiro. Aí, fui numa nutricionista para pedir ajuda quanto à minha rotina e passei a colocar uma barrinha de cereal no meu uniforme mas só esta parte que funcionava. (E4).

Minhas pernas estão bem estouradas depois que entrei na Santa Casa. Trabalhei seis anos à noite. Hoje meu sono é leve, secundário aos anos que trabalhei a noite. Já tive gastrite. Comer de três em três horas é impossível, hidratar, a gente não consegue. Ou você vai ao banheiro ou cuida do paciente. Eu já tive hipoglicemia e hipotensão porque não tinha tomado café

e estava numa reanimação cardiopulmonar. Não tinha ninguém para assumir, e eu era responsável. (E9).

Dano físico, o enfermeiro tem muito, muita dor nas pernas, dormir mal, não ter um sono adequado, alimentação não é saudável, comer pouco, em tempos maiores. Tenho o problema na pele. Fico o tempo todo coçando. Não sei se é alergia. Acho que é emocional. Depois que comecei trabalhar doze horas seguidas piorou. Não sei se é alergia. (E3).

Engordei doze quilos. Acho que pela ansiedade assim do plantão noturno mesmo. Quando comecei trabalhar à noite, descobri o hipotireoidismo. A gente alimenta muito mal. Não tenho tempo para comer direito de três em três horas. Hoje, por exemplo, não tomei café da manhã. Estou até agora sem comer (20 horas). Quando eu estava em três empregos, tive crise de enxaqueca frequente de ir parar no PA. Era uma dor insuportável. Acho que tive uns três ou quatro ATM por causa da enxaqueca. (E7).

Dal Pai (2007) afirma que a enfermagem é uma categoria que desenvolve suas atividades num ambiente que predispõe à ocorrência de desgaste físico e mental e está inserida em uma das profissões mais vulneráveis aos riscos de adoecimento. Os turnos alternados de trabalho dos enfermeiros também promovem aspectos agressores ao ritmo biológico destes indivíduos no atendimento das necessidades humanas básicas, como dormir, alimentar e eliminações fisiológicas, além das longas distâncias percorridas durante o plantão e o estresse vivenciado pelo enfermeiro e sua equipe, o que resulta em vivências de angústia e ansiedade, desencadeando situações de sofrimento e doenças (CORONETTI et. al., 2006; MARZIALE, 1990).

5.2.5.2 Danos psicossociais

Na subcategoria *relações sociais e familiares*, os enfermeiros afirmaram que os conflitos vivenciados nestes aspectos em decorrência das situações de trabalho podem ser resumidos ao distanciamento da família e dos amigos em função das escalas alternadas, que contemplam fins de semana e feriados, e aos vínculos empregatícios em mais de uma instituição, o que torna impossível a participação em eventos sociais, como aniversários, casamentos, encontros e Natal. De acordo com os depoimentos dos enfermeiros, os familiares são os que mais sofrem e cobram a ausência e, ao mesmo tempo sentem-se preocupados em função dessa rotina intensa vivenciada pelo enfermeiro.

A cobrança é da minha filha que tem sete anos. Ela me perguntou de qual serviço eu gosto mais, porque não quer que eu trabalhe em dois, porque não está me vendo (lágrimas). Minha mãe também sofre com isto. Fica preocupada se vou dar conta, se não vou passar mal, se estou comendo direito, como estou ficando. (E7).

Minha mãe e meu noivo sofrem junto comigo, porque pós-plantão sempre estou muito abalada, chateada. Então, eles sofrem muito com isto e acaba afastando a gente um pouco. Tenho trabalhado isto na terapia. Enfermeiro não tem vida social, principalmente quem trabalha à noite, só um fim de semana por mês de folga. Infelizmente, vida social já era. (E6).

Sou filha única. Então acho que minha mãe na minha vida é a que mais fica chateada, porque queria ter mais momentos comigo. Mas quando eu chego em casa, estou morta, não quero fazer nada, só dormir. Nem sempre tenho animação para fazer o que é proposto pela família. Por mais que tenha dormido, ainda estou cansada. Eles podem entender, não vão concordar. Quem tem mais de um vínculo, socialmente é muito prejudicado, mas é inerente da profissão da saúde. (E2).

Vejo minha família de três em três meses; quatro em quatro meses e quando vou ficar dois dias, então acabo distanciando da família, de todos. Enquanto eu tiver trabalhando assim, vou ter pouco tempo para família e para os outros também. Esta semana conversei com minha mãe só duas vezes. Fico muito sozinha, mas a vontade é de chegar em casa, comer, dormir e, no final de semana, ficar deitada a semana inteira porque estou cansada. Solidão... (E3).

Meus pais não moram em BH. Moram a doze horas daqui. Vejo eles de seis em seis meses. Mas hoje eu ligo menos para minha mãe. Vivo este conflito. É algo que me incomoda. (E5).

Para alcançar o reconhecimento e a valorização, o indivíduo submete-se a ritmos intensos de trabalho, o que gera ausência do convívio familiar e social, além da privação do descanso que garante a saúde física e mental. Outro fator que impacta o descanso do trabalhador é o progresso da tecnologia da informação, com destaque para as redes sociais, que alastrou para dentro da casa do indivíduo e que interfere diretamente no descanso do trabalhador, assim como na vida familiar deste (GODOY, 2001).

Diante do que é vivenciado pelo enfermeiro que atua na UTI, a maioria dos entrevistados relatou que como enfermeiro intensivista passou a se sentir uma pessoa mais humana, com maior maturidade, maior experiência profissional e se tornado referência para família e amigos. No entanto, a metade dos entrevistados afirmou que não faria enfermagem novamente. As perdas destacadas pela maioria dos enfermeiros referem-se ao convívio com família, amigos e qualidade de vida:

Não sinto vontade de largar tudo. Sinto vontade de ter um único vínculo. Escolheria novamente. Ganhei a satisfação profissional, maturidade. Não sou rica, mas tenho minha casa. Perdas, distanciei um pouco dos amigos. (E5).

Nunca faria enfermagem novamente. Tenho vontade de largar. Se surgir uma proposta bacana, acho que nenhum enfermeiro pensa duas vezes. (E8).

Às vezes, tenho vontade de largar tudo. Se falar que não é mentira, mas faria novamente. Tive ganhos no próprio convívio da família e amigos. Me tornei referência para eles. A perda: percebo que temos um rotina bem diferente das outras pessoas. Hoje durmo mal por ter trabalhado à noite, o estresse de um setor fechado. (E4).

Não escolheria esta profissão novamente. Ganhei muita experiência como pessoa, amadureci, me tornei mais humana. Por outro lado, fico frustrada pelo tanto que dediquei, por ter deixado família, amigos e identifiquei que não era o que imaginava. Mas o que tenho hoje, minha casa, meu carro, o pouco que tenho foi com a enfermagem que conquistei. (E9).

Não faria de novo. Mas se voltasse o tempo, eu acho que mesmo assim voltava a fazer enfermagem. Os ganhos que obtive com a profissão foi o aprendizado intelectual, saber trabalhar com as pessoas, com o profissional, o ser humano, reconhecer o valor da vida. A perda foi não ter qualidade de vida e o distanciamento da família, o contato com a família. (E3).

Nos tempos atuais, o sucesso profissional é a maneira que o indivíduo tem de se tornar reconhecido socialmente. A carreira tem um significado central na relação do indivíduo com a organização e o maior prazer seria o sucesso (HARVEY, 1993). Mendes e Ferreira (2007) consideram que o experimento de frustração, sobrecarga de trabalho e desgaste emocional e profissional fomenta o sofrimento e os riscos de adoecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem por finalidade apresentar as conclusões a que se chegou com a realização desta pesquisa, cujo objetivo foi descrever e analisar o trabalho dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte – MG, quanto às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, tendo em vista a abordagem de Mendes e Ferreira (2007).

Com o propósito de conhecer a temática, o referencial teórico apoiou-se em dois temas fundamentais para basear e ampliar o conhecimento: a “Psicodinâmica do trabalho” e “Trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva”. Na composição da teoria da psicodinâmica do trabalho, foram abordados o prazer e o sofrimento no trabalho e as estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho.

Para responder ao problema de pesquisa, foi realizada uma pesquisa de campo no maior complexo hospitalar de Minas Gerais, do tipo descritiva, contemplando o contexto de trabalho dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, explorando a organização do trabalho que destaca as tarefas e o planejamento que envolvem o dia a dia do enfermeiro neste setor, assim como as condições de trabalho para a realização de suas atividades e as relações socioprofissionais vivenciadas no ambiente de trabalho. Foram também descritos os custos do trabalho apontados por estes profissionais, nos aspectos físico, cognitivo e afetivo, seguidos dos relatos de vivências de prazer e sofrimento que envolvem o labor deste profissional. Neste labor, foram percebidos danos do trabalho, que podem ser de ordem física ou psicossocial e as estratégias de defesa do indivíduo utilizadas para mediar as vivências de sofrimento no trabalho. A abordagem foi do tipo qualitativo e o método utilizado foi o estudo de caso. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com base no modelo do ITRA, e os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo.

A unidade de análise foi o CTI do décimo andar de um hospital público mineiro. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros das alas B e D deste setor. Com base nos critérios de conveniência e acessibilidade, participaram 10 enfermeiros.

No que diz respeito aos objetivos específicos da pesquisa, o primeiro foi descrever o contexto de trabalho em que atuam os enfermeiros no setor UTI. No âmbito da organização de trabalho, foi apresentado pelos entrevistados que o ritmo de trabalho na UTI é extremamente intenso, mas que isso já é algo esperado do setor, pois é exatamente uma das características que o diferencia de outros. Quanto ao dimensionamento de pessoal, esta questão aflige os enfermeiros, pois a falta de comunicação prévia e de uma escala folgada para remanejamentos exige que o enfermeiro, enquanto líder da equipe, se posicione de forma a solucionar o problema e quando não for possível, assuma a escala técnica desfalcada. Para os enfermeiros, esta questão desestrutura todo o restante do plantão, uma vez que há alteração do dimensionamento de pessoal e da ordem de funcionamento prevista quando a equipe está completa, sendo uma questão que interfere no adequado funcionamento do setor.

Quanto ao planejamento do trabalho pela dinamicidade e especificidades que tal setor possui, não é possível que o enfermeiro, ao assumir sua escala de plantão, consiga traçar um planejamento de como será a sua jornada de trabalho. Assim, o enfermeiro durante toda sua atividade prioriza as demandas de acordo com o grau de urgência e organiza seu processo de trabalho baseado numa rotina preexistente, para, ao final da sua jornada, ter cumprido todas as suas atribuições assistenciais ou burocráticas. Quanto à cobrança do desempenho no trabalho, os enfermeiros percebem que esta é maior no que diz respeito ao cumprimento das questões administrativas. Para evitar cobranças vinculadas à punição, utilizam como estratégias a realização e execução das tarefas impostas, ainda que para tal necessitem abrir mão de seus horários de descanso, alimentação ou, mesmo, tenham de ficar além do horário para concluir as atividades.

Quanto ao segundo objetivo descrever os danos físicos, sociais e psicológicos causados no trabalho do enfermeiro intensivista os custos físicos de maior implicação no dia a dia deste profissional estão relacionados a: excesso de peso que carrega para executar as várias atividades inerentes a sua profissão, percorrer longas distâncias e caminhar durante todo o plantão. A própria dinamicidade do setor exige que o profissional tenha disposição e vigor para a realização adequada de suas atividades. Quanto ao custo social, o enfermeiro que atua na UTI é um

profissional que vivencia o reconhecimento do limite humano sem conseguir, muitas vezes, intervir na trajetória que leva à morte. O enfermeiro vivencia a dor de diagnóstico de doenças incuráveis e a evolução de prognósticos ruins; cuida de feridas que comprometem a estética e a plenitude do corpo físico; acolhe familiares que têm seus entes queridos ligados à monitorização complexa e assustadora, que, pelos inúmeros e diversos equipamentos elétricos e pela diversidade de artefatos, associam a um péssimo prognóstico e recorrem ao enfermeiro na busca de conforto e explicações; e presenciam constantemente a ocorrência de morte do paciente que faz parte da prática diária na UTI. Para lidar com tais questões, muitos enfermeiros se distanciam dos pacientes, omitem ou controlam o sentimento de perda e tornam-se indiferentes diante das situações citadas para lidar com o sofrimento, o que gera conflitos internos. No que diz respeito ao custo cognitivo, como as atividades e as tomadas de decisões do enfermeiro, que precisam ser imediatas, este profissional precisa ter amplo conhecimento, aliado à experiência, para conseguir agir corretamente. Alguns afirmam que só é possível tomar uma decisão de forma segura quando possui ampla experiência. À medida que vão surgindo as diferentes vivências, o profissional faz a associação com a fundamentação teórica.

O terceiro objetivo específico foi descrever como as vivências de prazer e sofrimento são percebidas pelos enfermeiros que atuam na UTI do hospital. Os depoimentos dos enfermeiros evidenciaram que a liberdade de expressão presente entre os colegas de trabalho é vivenciada como fonte de prazer. Eles destacaram que a liberdade que possuem para expressar seus conhecimentos e participar das tomadas de decisões junto com os profissionais médicos lhes confere grande satisfação e autonomia.

Existe também, a liberdade de comunicação com a chefia, mais para a escuta do que para a produção de grandes transformações, mas que, em função deste espaço, consideram ser um ponto positivo para tornar o ambiente de trabalho mais flexível e com a percepção de trabalho em equipe. Já com os colegas, há maior liberdade para expor em minúcias as situações identificadas. A recuperação do paciente e o reconhecimento, seja por parte do paciente ou dos familiares, também possibilitam ao enfermeiro vivenciar o sentido de prazer, pois neste momento o profissional considera que suas ações são efetivas e necessárias para o

restabelecimento do paciente. Dessa forma, consolidam a autoafirmação de que suas atividades profissionais são essenciais neste setor. Quanto às vivências de sofrimento, os enfermeiros da UTI afirmaram que a ausência de reconhecimento e de valorização advindos da organização, assim como dos demais profissionais, quanto à importância desta profissão enquanto ciência e como membros integradores da equipe multidisciplinar é uma das questões que mais geram angústia, pois, além disso, a categoria de enfermagem ainda tem que conviver com a baixa remuneração salarial proposta no mercado de trabalho. Para manter um padrão de vida mediano, o enfermeiro precisa assumir dois ou mais vínculos profissionais, o que gera grande desgaste físico e psíquico.

Quanto ao quarto objetivo específico descrever os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos foi possível identificar que os enfermeiros já vivenciaram algum tipo de manifestação patológica, seja de ordem gastrointestinal, circulatória, osteomuscular, ou mental, entre outras. Porém, muitos deles não tinham consciência ou faziam associação das manifestações patológicas com o fator de ordem laboral. Quanto às questões psicossociais, os enfermeiros destacaram especialmente o distanciamento dos familiares e amigos, em função das próprias exigências que o trabalho do enfermeiro impõe quanto às jornadas de trabalho e às condições de plantões em finais de semana e feriados. A família, de acordo com os depoimentos, é a parte que mais sofre, pois a maioria dos entrevistados veio de outras cidades para Belo Horizonte para estudar e desde então se estabeleceram pela oportunidade de exercer a prática profissional. Daí o convívio com a família, além de ser distanciado pela própria rotina do enfermeiro, ainda tem a condição da distância. Muitos entrevistados reportaram à família com forte saudosismo e muitos, com a voz embargada, resumiram o conflito vivenciado pela oportunidade da realização profissional com o sentimento de solidão.

No quinto objetivo específico descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho foi percebido que os enfermeiros elaboram tais estratégias individualmente, não coletivamente, e de forma não sistematizada. A principal estratégia de defesa está no apoio familiar e no convívio com os amigos, assim como no aconselhamento psicoterápico, na prática religiosa, no uso de medicações e em atividades variadas de lazer como alternativas

para aliviar a sobrecarga sentida pelo labor. Diante da vulnerabilidade do enfermeiro que atua na UTI com as variadas questões que envolvem este ambiente tão complexo e, ao mesmo tempo, diversificado, é possível perceber que o enfermeiro, embora não tenha plena conscientização do risco de adoecimento a que está exposto, vivencia muitas situações que produzem o sofrimento no trabalho. No entanto, elabora estratégias de defesa para mediar o sofrimento e conduzir o prazer naquilo que produz em seu dia a dia enquanto cuidado ao paciente gravemente enfermo. Os enfermeiros também afirmaram que têm se tornado pessoas mais humanas e maduras e reconheceram que as conquistas materiais adquiridas foram possíveis com a profissão que executam.

Algumas limitações foram percebidas durante a realização da pesquisa, destacando-se a lacuna de uma bibliografia consistente sobre a psicodinâmica do trabalho em relação à categoria de enfermagem que atua na função intensivista.

Outra limitação prende-se à dificuldade associada à abordagem dos enfermeiros, uma vez que durante o processo de apresentação da proposta da pesquisa, assim como por ocasião do agendamento para as entrevistas, muitos apresentaram-se resistentes, sendo que as entrevistas foram inúmeras vezes marcadas e desmarcadas. Dois participantes se recusaram explicitamente a participar da pesquisa e muitos dos que aceitaram apresentavam-se intimidados por causa da gravação. Eles se recusaram a responder a algumas perguntas, com receio de represálias caso a Gerência tivesse acesso à pesquisa. Embora tenham sido informados do sigilo da pesquisa, após a entrevista perguntaram se a Gerência teria acesso às informações contidas nas gravações.

Esta pesquisa contribuiu com a ampliação da bibliografia sobre psicodinâmica do trabalho voltada aos enfermeiros intensivistas. Permitiu ao GSC-BH conhecer sobre os riscos de adoecimento no trabalho a que os enfermeiros que atuam na UTI estão expostos e o manejo elaborado para enfrentar o sofrimento no trabalho.

No plano acadêmico, a pesquisa contribuiu para a continuidade e expansão de estudos sobre prazer e sofrimento com foco em enfermeiros no cenário nacional em seus diferentes contextos e realidades, além de ressaltar a utilização da abordagem

de Mendes e Ferreira (2007) no aspecto qualitativo. Ou seja, permitiu apreciar em complexidade o tema, adequando-o ao ITRA enquanto instrumento quantitativo a um roteiro de entrevista, sendo esta estrutura de pesquisa utilizada até o momento apenas por Ribeiro (2011) e Barros (2012) enquanto procedimento de pesquisa.

Diante dos achados e das limitações, recomenda-se para estudos futuros que a pesquisa seja ampliada aos enfermeiros das outras UTIs do hospital pesquisado, uma vez que considerando apenas os leitos em terapia intensiva ele possui um quantitativo de 170 leitos de SUS.

Sugere-se também fazer a triangulação de métodos para explorar o ITRA em suas abordagens qualitativa e quantitativa, o que possibilitaria estender os resultados a um número maior de profissionais da categoria, assim como explorar a subjetividade dos envolvidos.

Outra sugestão consiste em ampliar a pesquisa para todas as categorias profissionais inseridas na UTI que compõem a equipe multidisciplinar, assim como os profissionais envolvidos na gestão deste setor, como o gerente, os coordenadores de enfermagem, os coordenadores médicos e o responsável técnico do setor e desenvolver pesquisas sobre as estratégias de defesa utilizada por estes profissionais.

De acordo com os relatos da pesquisa, foi possível identificar que a enfermagem é uma profissão vulnerável aos riscos de adoecimento relacionados ao trabalho. Assim, os construtos desenvolvidos pela psicodinâmica do trabalho vinculados a outras pesquisas de cunho gerencial, comportamental e organizacional, como exemplo os sintomas do estresse ocupacional frente ao desgaste mental que o indivíduo desenvolve quando está em sofrimento no trabalho, poderiam ser confrontados para a elaboração de estudos futuros que apontem questões voltadas para este público, que no Brasil tem elevada representatividade quantitativa no mercado em saúde.

Esta dissertação, longe de encerrar as discussões que envolvem a temática “Psicodinâmica do trabalho”, contribuiu para o esclarecimento do cotidiano desses

profissionais em seu contexto de trabalho quanto aos custos vivenciados no dia a dia do labor do enfermeiro intensivista e à expressão dos sentidos de prazer e sofrimento no trabalho, assim como às estratégias de defesa utilizadas sob o olhar da abordagem qualitativa, que permitiu conhecer questões subjetivas dos indivíduos envolvidos, além da prática profissional desenvolvida por estes.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, 20 mar. 2002.
- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 7, 2010, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 fev. 2010.
- ALVES, M. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1996.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p.195-200, mar./abr. 2006.
- ALVES, M.; PENNA, M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.
- ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Am de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 11, p. 832-839, nov./dec. 2003.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2000.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e centralidades do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez. 1999.
- AQUINO, E. M. L. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras em enfermagem em Salvador/BA. 1996. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 1996.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil**, 1956-1958. Brasília: ABEn, 1980.
- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.
- AUBERT, N. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F. (Coord.). **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas; 1993. p. 165-171.
- AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n.4, p. 549-555, dez. 2007.

BALNASSELI, A. P.; ZANEI, S. S. S. V. Z.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 16-20, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2000.

BARROS, N. M. G. C. **Riscos de adoecimento no trabalho estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital regional mato-grossense**. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2012.

BARROS, R. P. C.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, v. 8, n. 1, p. 63-70, 2003.

BARROS, V. A. O trabalho na contemporaneidade: delimitações em um mundo de exclusões. In: KYRILLOS NETO, Fuad; SILVA, Rogério de Oliveira; OLIVEIRA, Rodrigo Torres (Org.) **Subjetividade e sociedade: contribuições da psicologia**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2009. p. 142-160.

BARROS, V. A.; CARRETEIRO, A. P. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 208-226.

BASTOS, M. Etnografia: estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário cultural do CTI de um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 163-71, jun. 2001.

BENDASSOLLI, P.; SOBOL, L. A. P. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BINS, E. V. Ergonomia + Arquitetura: buscando um melhor desempenho do ambiente físico. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ERGONOMIA E USABILIDADE DE INTERFACES HUMANO-TECNOLOGIA, 3, 2003, Rio de Janeiro. **Anais do 3º ERGODESIGN: produtos, programa, informação, ambiente construído**. Rio de Janeiro: LEUI/ PUC-Rio, 2003.

BONFIM, T. M.; STEFANO, S. R.; ANDRADE, S. M. Satisfação e motivação no trabalho dos servidores públicos de uma prefeitura de pequeno porte do estado do Paraná: uma análise a partir do clima organizacional. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 13, 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2010.

BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 221-231, 2001.

BRANT, L. C. **Sujeito e sofrimento entre trabalhadores que ocupam cargo gerencial**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Decreto nº 94.406 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 1987.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 ago. 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32**. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

BRITO, J. C. Procurando compreender os conceitos de carga, trabalho e risco tecnológico. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 19, n. 72, p. 38-39, 1991.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 222-227, 2006.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. O sentido do trabalho para o escritor literário: uma análise da psicodinâmica. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15, 2009, Goiânia. **Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO**. Goiânia: ABRAPSO, 2009. p. 141-161.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. Viver e escrever no processo criativo do trabalho do escritor literário. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO, 5, 2012, Rio de Janeiro. **Anais do V Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho**. Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 152.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B.; HELOANI, R. A sublimação e o processo criativo do escritor literário: um olhar psicodinâmico. In: FERREIRA, M. C.; ARAUJO, J. N. G.; ALMEIDA, C. P.; MENDES, A. M. (Org.). **Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde**. São Paulo: Mackenzie, 2011. p. 212-228.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, Folha Carioca, 1994.

CAIXETA, R. B.; BRANCO, A. B. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 737-746, 2005.

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.

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.

CAMPOS, J. F. **Trabalho em terapia intensiva**: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Custo humano no trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da psicodinâmica do trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1/3, p. 23-32, jan./dez. 2010.

CASTANHA, M. L.; ZOGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 556-562, 2005.

CAVALCANTE, A. M. S. **Treinamento como ferramenta estratégica para o crescimento organizacional**. Vila Velha: Faculdade Novo Milênio, 2009. Disponível em: <http://www.novomilenio.br/foco/1/artigo/4_Artigo_TreinamentoANDRE.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 .ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; KURGANT, P. O ensino de administração de enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, 2004.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. **Burton**: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. São Paulo: CUT, 2000. (Cadernos de Saúde do Trabalhador, 14). Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Caderno14_educacao.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29/06/2015.

CORONETTI, A. et. al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n.4, p.36-43, 2006.

COUTO, D. T. **Prazer e sofrimento e riscos de adoecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital público do DF**. 2008. 91f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade da Ciências em Saúde, Brasília, 2008.

DAL PAI, D. **Enfermagem, trabalho e saúde**: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2007.

DAL PAI, D.; LAUTERT, I. O trabalho em urgência e emergência e relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 439-444, maio/jun. 2008.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. v. 1, p. 149-173.

DEJOURS, C.. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer sofrimento e trabalho. In: DEJOURS, C. **A carga psíquica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. v.1. p. 21-32.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FARIA, J.H. de; MENEGHETTI, F.K. O sequestro da subjetividade e as novas formas de controle psicológico no trabalho. In: FARIA, J.H. de (organizador). **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 45 a 67.

FERREIRA, J. B. **O poder constituinte do trabalho vivo: análise psicodinâmica da criação literária**. 2011. 203 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, Brasília, 2011.

FERREIRA, L. L.; MARCELIN, J. Orientações atuais da metodologia ergonômica na França. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 10, n. 37, p. 64-69, mar. 1982.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudo de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 3, p. 93-105, 2001.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho dos AFPS e índices de adoecimento**: estado de alerta. Brasília: Fenafisp, 2007.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento**: o caso de auditores fiscais da previdência social brasileira. Brasília: Fenafisp, 2003.

FIELDLER, N. C.; VENTUROLI, F. Avaliação da carga física de trabalho exigida em atividades de fabricação de móveis no Distrito Federal. **Revista Cerne**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 117-122, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2008.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Edição stantard brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 18.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um centro de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 1-6, 2011.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho**: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. 188 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo. Ed. Pedagógica e Universitária, 1998.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. O. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-50.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE. **Sob o Grupo**: apresentação. Disponível em: <<http://www.santacasabh.org.br/ver/apresentacao-1.html>>. Acesso em: 13/10/2014.

GUEDES, M. N. **Terror psicológico no trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2004.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

HERNANDES, J. C.; MACEDO, K. B. Prazer e sofrimento no trabalho numa empresa familiar: o caso de um hotel. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v.1, n.1, p. 7-19, 2008.

IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.23, n.1, p. 91-98, 1989.

INOUE, K.C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-14, 2008.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 239-265, 2004.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Revista Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LAVILLE, A.; TEIGER, C.; DANIELLOU, F. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 17, n. 56, p. 3-13, 1989.

LIMA JÚNIOR, J. H.; ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

LIMA, J. H. V. L. J.; CASTANHA, A. L. B. O trabalhador médico: prazer e dor como ofício. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 35, 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EnANPAD, 2011. p. 1-16.

LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 1998.

LIMA, M. E. A. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. **Revista de Administração da FEAD**, v. 2, n. 1, p. 73-80. 2005.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, p. 25-29, out. 2001.

LOURENÇO, C. D. S.; FERREIRA, P. A.; BRITO, M. J. O significado do trabalho para uma executiva: a dimensão do prazer. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009. p. 1-16.

LUNARDI FILHO, F. W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.5, n.1, p. 77-92. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 2000. 201 p.

LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 493-497, Jun. 2007.

MACÊDO, K. B. **O trabalho de quem faz arte e diverte os outros**. Goiânia: Editora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2010.

MACÊDO, K. B.; BUENO, M. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2. n. 2, p. 306-318, 2012.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MARDEGAN, F.; GODOY, A. S. Aprendizagem organizacional e aprendizagem nos locais de trabalho: conceitos diferentes ou complementares? In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO, 2., 2009, Curitiba. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009. 15 p.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho, aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6. p. 59-78, 2003.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em UTI: estratégias defensivas.** 2008. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2008.

MARTINS, M. C. A. Situações indutoras de estresse no trabalho de enfermeiros em ambiente hospitalar. **Millenium: Revista Instituto Superior Politécnico de Viseu**, n. 28, out 2003. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>>. Acesso em: 16 maio 2015.

MARZIALE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental de enfermeiros atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes.** 1990. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia e Letras, Ribeirão Preto, 1990.

MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 59-78, jan. 1995.

MAURO, M. Y. C. et al. Introdução à análise ergonômica: um estudo da postura corporal de um profissional de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-32, 2002.

MÉDICI, A. C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura: texto de apoio.** Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional, 1992.

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) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. B. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 1/2, n. 13/14, p. 27-32, 1996.

MENDES, A. M. B. **Valores e vivência de prazer e sofrimento no trabalho.** 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 1999

MENDES, A. M. B.; ABRAHÃO, J. I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: uma abordagem psicodinâmica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDES, A. M. B.; ARAUJO, L. K. R. **Clinica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras.** Brasília: Ex Libris, 2011.

MENDES, A. M. B.; ARAUJO, L. K. R. Clínica psicodinâmica do trabalho. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO, 5, 2012, Rio de Janeiro. **Anais do V Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho.** Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 103.

MENDES, A. M. B.; BARROS, P. C. R. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Revista Psicologia USF**, v. 8, n. 1, p. 63-70, jan./jun. 2003.

MENDES, A. M. B.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 2, p. 39-55.

MENDES, A. M. B.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. B. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M. B.; LINHARES, J. I. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 2, p. 267-280, abr./jun. 1996.

MENDES, A. M. B.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento no trabalho dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. **Revista Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 103-112, jan./jun. 2006.

MENDES, A. M. B.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-46, jan./jul. 2001.

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.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINTZBERG, H. **El poder em la organización**. Traducción de Joseph M. Comajuncosa. Barcelona: Ariel, 1992. 780p.

MORAES, A.; MON'ALVÃO, C. **Ergonomia, conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro: 2AB, 1998.

MORRONE, C. F. **Só para não ficar desempregado**: resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo com trabalhadores em atividades informais. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MOURA, G. M. S. S. et al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010.

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. 298 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004.

NEUENFELDT, C. S.; NOVO, L. F.; SANTOS, E. G. Qualidade de vida no trabalho sob o prisma da integração social: o relato de colaboradores de uma IES. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NAS AMÉRICAS, 12, 2012, Vera Cruz. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2012.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidentes de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-211, abr. 2004.

NOGACZ, F. R.; SOUZA, R. P. Fatores estressores em UTI. In: MAGALHÃES, A. M. P. B. et al.. **Humanização em cuidados intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

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.

PAZ, M. G. T. Avaliação de desempenho ocupacional e estruturas de poder. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; CODO, W. (Ed.) **Trabalho, organizações e cultura**. Brasília: ANPEPP, 1997. p. 151-172.

PEREIRA, S. A. A. **Âncoras de carreira e riscos de adoecimento no trabalho**: um estudo com gerentes de projeto. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

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, Campinas, 1996.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1999. 253 p.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Annablume, 2003. 198p.

PRATA, M. M. F. **Prazer ou sofrimento no trabalho**: a percepção dos empregados públicos reintegrados ao CEFET-MG. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

REGO, V. B. **Organização do trabalho e vivências de prazer e sofrimento em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva**: estudo comparativo entre hospitais com e sem certificação de qualidade. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2009.

RIBEIRO, M. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: estudo de caso com docentes de uma escola de ensino fundamental pública do Estado de Minas Gerais. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2011.

ROIK, A.; PILATTI, L. A. **Psicodinâmica do trabalho**: uma perspectiva teórica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 29, 2009, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2009.

ROSSI E, Z.; CALGARO, J. C. C.; MELO, V.S. O trabalho dos carteiros no manuseio e na entrega de correspondências. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 325-344.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S. R. M.; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 393-400, 2006.

SANTOS, L. F. **Qualidade de vida no trabalho**: um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas de um hospital público municipal. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2008.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 132-166.

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. 345 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2000.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 257-62, 2007.

SHIMIZU, H. E. **Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital-escola**. 1996. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 623-30, 2003.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.

SILVA, E. S. Introdução: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: Marcos de um percurso. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 13-19.

SILVA, A. B. **A vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família**. 2005. 273 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência Cuidado da Saúde**, v.5, n. supl., p. 166-172, 2006.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P.. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p.44-51, 2000.

SILVA, K. R. **Análise de fatores ergonômicos em marcenarias do município de Viçosa, MG**. 1999. 97 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Florestais) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 1999.

SILVA, M. C. **A Síndrome de *Burnout* e o trabalho de professores de uma escola pública mineira do ensino fundamental**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2013.

SIMÃO, A. T. **Terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.

SIQUEIRA, M. M. **Relações de trabalho em hospitais de Belo Horizonte**. 1991. Tese (Professor Titular) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 1991.

SOUZA, L. G. A.; BOEMER, M. R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n. 1, p.49-54, 2005.

SOUZA, L. K. **As vivências dos designers de moda em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica**. 2010. 306 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa Strictu sensu em Psicologia, Goiânia, 2011.

STOLF, M. C.; OLIVEIRA, M. R. Estudos etnográficos das implicações ds novas tecnologias na construção da subjetividade dos trabalhadores da UTI. **Psicologia para América Latina**, México, n. 4, ago. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30/05/15.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p. 87-98, 2004.

TAKAHASHI, C. B. et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Arquivo de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 132-138, jul./set. 2008.

TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, E. B. A análise de dados na pesquisa científica – importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, Ano 1, n. 2, p. 177-201, jul./ago, 2003.

TOLEDO, D. A. C.; GUERRA, A. C. Um estudo sobre o prazer no trabalho: pensando dimensões de análise. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33, 2009, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: ANPAD, 2009. p. 1-12.

TRINDADE, E. S. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

TRUGILHO SM. **O ser sendo diante da morte**: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, Vitória; 2008.

VALERIANO, J. C. S.; GARCIA, F. C. Racionalidade substantiva: verificação empírica da teoria do brasileiro Guerreiro Ramos. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (Coord.). **Administração, metodologia, estratégia**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2007. p. 103-121.

VERGARA, S. C. **Pesquisa e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, A. C. A.; CROSSETI, M. G. O. O movimento entre o cuidado e o cuidar-se em UTI: uma análise da teoria do cuidado transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 56-59, abr. 2004.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar./abr. 2002.

VILLAROUCO, V.; ANDRETO, L. F. M. Avaliando desempenho de espaços de trabalho sob o enfoque da ergonomia do ambiente construído. **Revista Produção**, v. 18, n. 3, p. 523-539, 2008.

WAITZKIN, H. Unidade de cuidado coronariano: crecimiento y desarrollo de sua tecnologia. **Revista Cuidado Médico Sociales**, Santiago, v.16, p. 31-41, abr. 1981.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. 2. ed. São Paulo: Sage, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva de um hospital público mineiro

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva de um hospital público mineiro**, realizada na Unidade de Terapia Intensiva do 10º andar. O objetivo da pesquisa é analisar e descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte - MG, sobre os sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, explorando a interface das organizações e condições de trabalho frente o desgaste das atividades exercida neste setor e a complexidade e variedade das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro; descrever o contexto de trabalho em que atuam enfermeiros no setor Unidade de Terapia Intensiva; descrever os danos físicos, sociais e/ou psicológicos causados no trabalho dos enfermeiros que atuam no setor de Unidade de Terapia Intensiva; descrever como as vivências de prazer e sofrimento são percebidas pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do hospital a ser pesquisado; descrever quais são os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos; descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma (através de um roteiro de entrevista semi-estruturado com gravação em áudio). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

O risco é mínimo considerando a dimensão moral e intelectual do enfermeiro, caso este sinta constrangido em demonstrar seu conhecimento sobre o tema. No caso

desta proposta, será mantido o compromisso da confidencialidade e anonimato com relação aos participantes. Por outro lado os mesmos integrarão a proposta mediante assinatura do termo TCLE.

Os benefícios esperados são: avaliar as dimensões da inter-relação trabalho e os riscos de adoecimento, traduzidas nas quatro escalas, a saber: descrição do contexto de trabalho que compreende representações relativas à organização, às relações socioprofissionais e às condições do trabalho. Essa categoria é avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (CT); descrição das exigências compreende representações relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho. Essa categoria é avaliada pela Escala de Custo Humano no Trabalho (CHT); descrição do sentido do trabalho compreende representações relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho. É avaliada pela Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (PST); descrição dos efeitos do trabalho compreende representações relativas às conseqüências em termos de danos físicos e psicossociais. É avaliada pela Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (DRT).

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso o (a) Senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar (**Siomara Jesuína de Abreu Rodrigues, Rua Santa Luzia, 427 Ap 201 Centro Pedro Leopoldo- MG CEP 33600-000, (31) 8560-1799 - email: siomamarodrigues@yahoo.com.br**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, na Rua Domingos Vieira, nº 590, no telefone (31) 3238-8933 ou por e-mail: cep@santacasabh.org.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) Senhor (a).

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável Siomara Jesuína de Abreu Rodrigues RG: MG 10423440

_____,
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Seção I - Dados demográficos e ocupacionais**

Assinale as questões abaixo com um “X” para cada alternativa.

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. idade: _____

3. Estado civil:

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Separado(a)
- () Divorciado(a)
- () Viúvo(a)

4. Qual é seu grau de escolaridade?

- () Superior completo
- () Especialização completa
- () Especialização incompleta
- () Mestrado completo
- () Mestrado incompleto
- () Doutorado completo
- () Doutorado incompleto

5. Tipo de contrato de trabalho:

- () Autônomo () CLT () Contrato por prazo determinado

6. Tempo de serviço na instituição: _____ anos

7. Tempo de serviço no cargo: _____ anos

8. Carga horária de trabalho: () 30 horas () 40 horas () 60 horas () Dedicção exclusiva

9. Turno de trabalho nesta instituição:

- () Manhã
- () Tarde
- () Noite
- () 2 turnos
- () 3 turnos

10. Trabalha em outras instituições? () Sim () Não

Seção II - Roteiro de entrevista

a) Contexto de trabalho

a.1) Organização do trabalho

1. Diga, em linhas gerais, quais são as funções que você exerce como enfermeiro(a).
2. Como você vê seu trabalho de enfermeiro(a) exercendo sua atividade profissional no GSC-BH? Fale sobre seu ritmo de trabalho.
3. Qual é sua opinião em relação ao tempo disponível para a realização das tarefas? Como os resultados são cobrados nesse sentido?
4. Qual é sua opinião em relação ao número de profissionais e à realização das tarefas?
5. Como ocorre o planejamento do trabalho? Como as pessoas que realizam as tarefas participam desse planejamento?
6. Como você lida com a fiscalização de seu trabalho e com a cobrança por desempenho? Que estratégias você adota para lidar com a fiscalização e a cobrança?
7. Como você vê a distribuição das tarefas? O que é feito para que elas sejam definidas com clareza?

a.2) Condições do trabalho

8. Descreva o ambiente físico de seu trabalho e explique por que você o considera adequado ou não para a realização das tarefas.

9. Em relação à segurança das pessoas, quais são as condições proporcionadas pelo GSC-BH?

10. Qual é sua opinião sobre os instrumentos e equipamentos utilizados em seu trabalho? E em relação ao material de consumo?

11. O que você pode dizer sobre o acesso às informações para executar suas funções, quando é necessário recorrer a alguém?

a.3) Relações socioprofissionais

12. Como é seu relacionamento com os médicos do GSC-BH? Fale sobre isso.

13. Como é seu relacionamento com os outros enfermeiros com os quais você convive diretamente no trabalho?

14. Como é seu relacionamento com a chefia imediata?

15. E seu relacionamento com os técnicos de enfermagem que você supervisiona, como é?

b) Custos do trabalho

b.1) Custo físico

16. Descreva os principais esforços físicos necessários ao exercício de suas funções laborais e o que eles representam para você.

b.2) Custo cognitivo

17. Sabe-se que o trabalho na unidade de terapia intensiva exige dos profissionais habilidade para resolver muitos problemas e administrar situações imprevistas. Como isso ocorre em seu dia a dia de trabalho?

18. Como você percebe os desafios intelectuais impostos pelo seu trabalho?

b.3) Custo afetivo

19. Também se sabe que a natureza do seu trabalho exige forte controle de suas emoções. Fale um pouco sobre isso. Você precisa disfarçar seus sentimentos? Se sim, em quais situações?

20. Não são raras no cotidiano de trabalho as ocorrências de ordens contraditórias ou de situações que induzem à transgressão de valores éticos. Como você convive com essa realidade?

21. Em relação ao seu humor na realização das atividades, como são as exigências neste sentido?

c) Sentido do trabalho

c.1) Vivências de prazer

22. Em seu trabalho, o que o(a) torna realizado(a) profissionalmente? Fale sobre isso.

23. Em que níveis e circunstâncias você se sente livre para expressar suas opiniões em relação ao trabalho, perante a chefia e os colegas de trabalho?

24. Como ocorre o reconhecimento e a valorização de seu trabalho no GSC-BH?

c.2) Vivências de sofrimento

25. Quais são as situações de trabalho que podem levá-lo(a) a se sentir esgotado profissionalmente?

26. Geralmente, a falta de reconhecimento pelo esforço profissional e a falta de valorização do desempenho são causas de sofrimento dos trabalhadores. O que você poderia relatar nesse sentido?

27. Quais estratégias você utiliza para lidar com situações que podem causar sofrimento no trabalho?

d) Danos do trabalho

d.1) Danos físicos

28. Como você avalia os danos físicos de seu trabalho? Em sua atividade profissional, você desenvolveu algum tipo de lesão física, distúrbio respiratório, digestivo ou circulatório? Em caso positivo, quais foram?

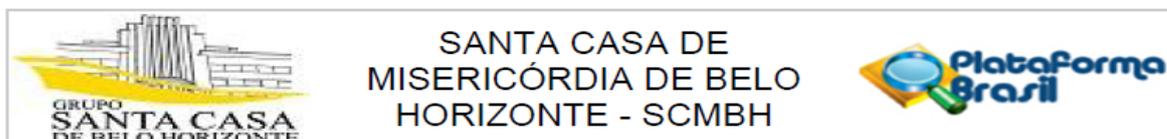
d.2) Danos psicossociais

29. Em que sentido você vive conflitos nas relações familiares ou sociais em decorrência da situação de trabalho?

30. Diante do que vivencia em seu trabalho, às vezes você sente vontade de largar tudo? Escolheria novamente essa profissão? Fale um pouco sobre suas principais perdas e ganhos profissionais.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFERMEIROS DE UNIDADE EM TERAPIA INTENSIVA: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho

Pesquisador: Siomara Jesuina de Abreu Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39911714.6.0000.5138

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 928.893

Data da Relatoria: 16/12/2014

Apresentação do Projeto:

O presente estudo busca conhecer a vivência de prazer e sofrimento dos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital

Santa Casa de Belo Horizonte-MG de acordo com as quatro dimensões propostas pelo Inventário de Trabalho de Risco de Adoecimento (ITRA)

legitimado por Mendes e Ferreira (2007). A metodologia utilizada será a abordagem qualitativa com estudo de caso de natureza descritiva. Realizará

entrevistas semi-estruturada com 12 enfermeiros intensivistas e os dados serão submetidos a análise de conteúdo.

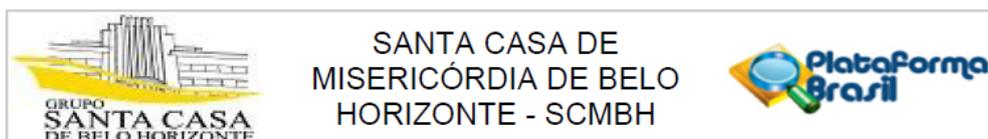
Tipo, abordagem e método de pesquisa Para realização desta pesquisa, optou-se pelo tipo descritivo e de abordagem qualitativa, recorrendo-se

ao método do estudo de caso. Segundo Vergara (2007), a pesquisa descritiva expõe características de determinada população. Nesta, busca-se

descrever as vivências de prazer e sofrimento de médicos residentes em oncologia do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte. Para esse fim,

usualmente, recorre-se ao uso da entrevista como técnica de levantamento de dados qualitativos. A análise qualitativa será utilizada para

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.150-240
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3238-8933 **Fax:** (31)3238-8838 **E-mail:** cep@santacasabh.org.br

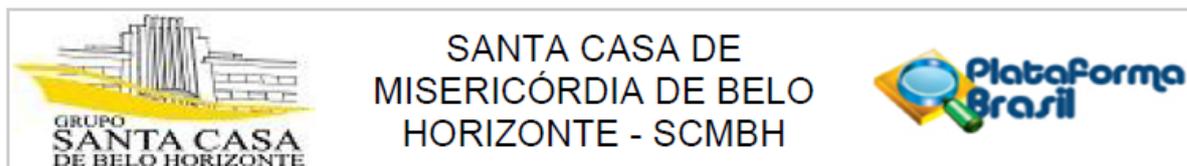


Continuação do Parecer: 928.893

compreensão dos dados levantados. De acordo com Minayo (2007), a abordagem qualitativa trabalha valores, motivos, desejos e atitudes que constituem a realidade social, sob a ótica dos atores e das relações. Consiste ainda em oferecer ampla e progressiva compreensão do processo em análise e de sua subjetividade, trazendo à tona aspectos da realidade que extrapolam a quantificação. Será utilizado o Inventário do Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), de Mendes e Ferreira (2007), transformado em um roteiro de entrevista semiestruturado para avaliar o contexto do trabalho e as categorias envolvidas como a organização do trabalho, condições de trabalho e as relações socioprofissionais, os custos do trabalho - físicos, cognitivo e afetivo - o sentido do trabalho com as vivências de prazer e sofrimento e os danos do trabalho - físicos e psicossociais (APÊNDICE A). O estudo de caso é definido por Yin (2005) como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo e idiossincrático de um contexto da vida real. Trata-se de um método flexível, uma vez que permite a utilização de uma gama variada de técnicas de levantamento de dados. No caso desta pesquisa, serão utilizados documentos e entrevistas. O uso de diferentes técnicas permite que dados sejam triangulados, visando ao alcance do fenômeno que se pretende investigar, quais sejam as vivências de prazer e de sofrimento percebidas por enfermeiros que atuam em UTI's.

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa Sob o ponto de vista de Collis e Hussey (2005), uma unidade de análise é o tipo de caso ao qual se referem as variáveis ou os fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa sobre os quais são coletados e analisados os dados. Nesta pesquisa, a unidade de análise será um Hospital público de Belo Horizonte que presta atendimento exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) da capital, região metropolitana e cidades interiores de Minas Gerais, oferecendo serviços de média e alta complexidade em diversas especialidades médicas. Os sujeitos de pesquisa, para Vergara (2007), são pessoas que fornecerão os dados que uma pesquisa necessita, neste caso, será realizada com enfermeiros intensivistas da UTI adulto do 10º andar do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte – Minas Gerais. A escolha desses profissionais, como sujeitos da

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.150-240
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3238-8933 Fax: (31)3238-8838 E-mail: cep@santacasabh.org.br



Continuação do Parecer: 928.893

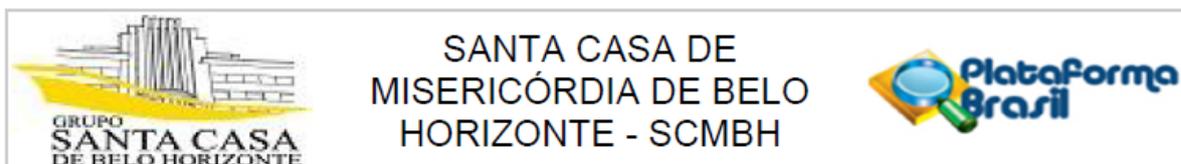
pesquisa, dá-se em consideração ao fato de estarem inseridos em uma instituição expressiva, no que diz respeito ao número de leitos em CTI. São, ao todo, 170 leitos de Unidade de Terapia Intensiva para atendimento ao paciente do Sistema Único de Saúde. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros intensivistas que atuam na UTI que recebe os pacientes em estado de saúde considerado crítico, ou seja, com possibilidade iminente de morte. Atualmente, um total de 12 enfermeiros atua na UTI da instituição a ser pesquisada, devendo este contingente ser convidado a participar do levantamento de dados.

Os sujeitos serão escolhidos por conveniência e acessibilidade. Estes assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido de acordo com a Resolução do Conselho em Saúde 196/96 que será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte – MG:

Folha de Rosto (devidamente assinada) projeto cadastrado na Plataforma Brasil; TCLE; currículo Lattes do investigador principal; carta de anuência (Carta de autorização assinada pelo chefe do setor).

Os dados obtidos por meio das entrevistas, após serem transcritos, serão tratados de forma qualitativa, devendo-se recorrer à técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é definida como um: conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42). As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. Os fatores comuns serão comparados para se verificar a existência de dados que comprovem a maior incidência de riscos de adoecimento no contexto de trabalho dos enfermeiros participantes da pesquisa. As categorias de análise serão o contexto do trabalho, custo do trabalho, vivências de prazer e sofrimento, estratégias de combate ao sofrimento e danos do trabalho. As subcategorias emergirão do conteúdo dos depoimentos colhidos com os entrevistados. Trechos dos depoimentos serão utilizados para ilustrar o fenômeno sob investigação, buscando-se mantê-los na íntegra, de acordo com a forma que os entrevistados se expressaram.

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.150-240
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3238-8933 Fax: (31)3238-8838 E-mail: cep@santacasabh.org.br



Continuação do Parecer: 928.893

Estima-se que contribuirá para exploração do tema estudado, além de permitir avançar na compreensão das variáveis que envolvem o tema, ampliando as pesquisas associadas ao prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros intensivistas. Para um melhor conhecimento sobre esta categoria profissional e contribuição no meio acadêmico, será utilizado o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) que por ser uma escala, usualmente é utilizado para fins de pesquisas quantitativas (MENDES; FERREIRA, 2007). Porém, neste estudo o inventário será transformado em um roteiro semiestruturado de modo a possibilitar a compreensão das dimensões que permitem avaliar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho em uma perspectiva qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar e descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte - MG, sobre os sentimentos de prazer e de sofrimento no trabalho, explorando a interface das organizações e as condições de trabalho frente ao desgaste das atividades exercidas no setor, e a complexidade e variedade das atividades desenvolvidas por esses profissionais.

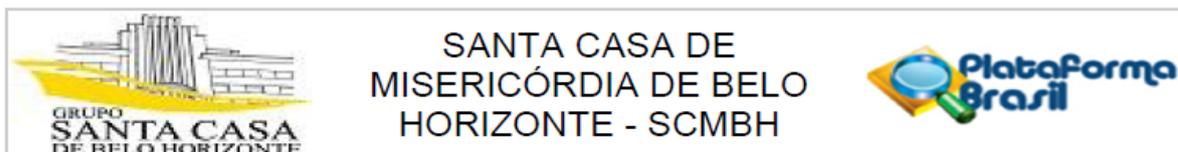
Objetivo Secundário:

Apresentam-se como objetivos específicos desta pesquisa: a) descrever o contexto de trabalho em que atuam enfermeiros no setor Unidade de Terapia Intensiva; b) descrever os danos físicos, sociais e psicológicos causados no trabalho dos enfermeiros intensivistas; c) descrever como as vivências de prazer e sofrimento são percebidas pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do hospital a ser pesquisado; d) descrever quais são os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos; e) descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço:	Rua Domingos Vieira 590		
Bairro:	Santa Efigênia	CEP:	30.150-240
UF:	MG	Município:	BELO HORIZONTE
Telefone:	(31)3238-8933	Fax:	(31)3238-8838
		E-mail:	cep@santacasabh.org.br



Continuação do Parecer: 928.893

O risco é mínimo considerando a dimensão moral e intelectual do enfermeiro, caso este sinta constrangido em demonstrar seu conhecimento sobre o tema. No caso desta proposta, será mantido o compromisso da confidencialidade e anonimato com relação aos participantes. Por outro lado os mesmos integrarão a proposta mediante assinatura do termo TCLE.

Benefícios:

Os benefícios esperados são: conhecer o contexto de trabalho em que atuam enfermeiros no setor Unidade de Terapia Intensiva; identificar os danos físicos, sociais e psicológicos causados no trabalho dos enfermeiros intensivistas; descrever como as vivências de Tamanho da Amostra no Brasil: 12 prazer e sofrimento são percebidas pelos enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do hospital a ser pesquisado; descrever quais são os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos; descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica, é perfeitamente exequível e tem a metodologia adequada à proposta. Não possui implicações éticas que destoam do previsto na resolução 466/12 CNS/CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

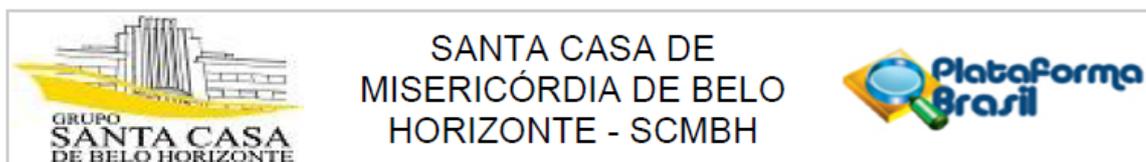
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.150-240
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3238-8933 Fax: (31)3238-8838 E-mail: cep@santacasabh.org.br



Continuação do Parecer: 928.893

BELO HORIZONTE, 06 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Francisco das Chagas Lima e Silva
(Coordenador)