

CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

**DA BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO À
SUA RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA NA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

2000

**DA BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO À
SUA RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA NA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

por

CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

**Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina - UFSC, como requisito parcial
para obtenção do Título de Doutor em
Enfermagem na Área de Filosofia de
Enfermagem**

FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

2000

G393d Beck, Carmem Lúcia Colomé

Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho / Carmem Lúcia Colomé Beck. - Florianópolis, 2000.

292 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

1. Enfermagem. I. Título

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por
Luzia de Lima Sant'Anna, CRB-10/728
Biblioteca Central da UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM - ÁREA: FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

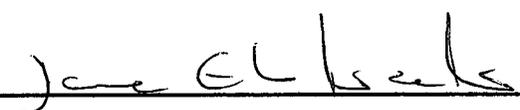
**DA BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO À SUA RE-
SIGNIFICAÇÃO ÉTICA NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua forma final em 15 de março de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Doutorado em Enfermagem - Área de Filosofia de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

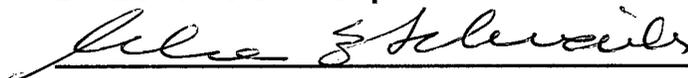


Dr^a Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

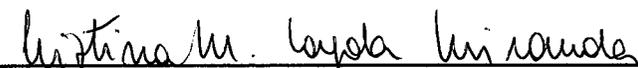
BANCA EXAMINADORA:



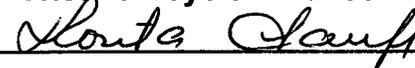
Dr^a Maria Tereza Leopardi - Orientadora/ Presidente



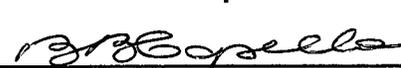
Dr^a Lília Blima Schraiber - Membro



Dr^a Cristina Loyola Miranda - Membro



Dr^a. Rosita Saupe - Membro



Dr^a Beatriz Beduschi Capella - Membro

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus avós:

Cornélio Lucas Colomé, "Luquita" (*in memoriam*),
por construir, com seu amor ao próximo e trabalho no bem,
um mundo mais equilibrado;

Zeferina da Silva Colomé, pela vida pautada na
perseverança e dignidade;

Álvaro Lemos (*in memoriam*), por acreditar que a
vida pode ser vivida, apesar das dificuldades, com honradez
e respeito e pelo seu amor ao trabalho;

Doralina Dachary Lemos (*in memoriam*), por
dedicar sua vida ao cuidado dos outros com tanto desvelo e
dedicação.

Resumo

DA BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO À SUA RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Autor: Carmem Lúcia Colomé Beck

Orientador: Prof^a Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

Este estudo caracteriza-se como uma investigação da área humano-social, do tipo exploratório-descritiva, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa. Foi realizado com vinte enfermeiras e 26 auxiliares de enfermagem de dois hospitais da cidade de Santa Maria - RS e em cinco unidades consideradas críticas, quais sejam: a unidade de terapia intensiva de adultos, o centro cirúrgico, o pronto-atendimento, a unidade e o ambulatório de hematologia. A triangulação foi usada na coleta de dados, incluindo a entrevista semi-estruturada, a observação nos três turnos de trabalho e o preenchimento de um formulário junto com os trabalhadores de enfermagem. O problema que suscitou a investigação foi acerca dos efeitos que a organização do trabalho e os eventos situacionais provocam na vida dos trabalhadores e, como objetivos, a caracterização das unidades críticas, a identificação destes eventos vivenciados pelos trabalhadores e a repercussão no modo de enfrentamento do sofrimento, bem como as relações entre os eventos presentes na organização do trabalho e a produção do sofrimento, desconforto, desprazer dos trabalhadores da enfermagem. A tese que foi defendida é de que a **organização do trabalho, bem como os eventos situacionais específicos, decodificados ou não, vivenciados individual ou coletivamente, em unidades críticas, produzem efeitos sobre o modo de enfrentamento do sofrimento.** Esses modos apresentaram-se através da utilização de mecanismos de defesa, como a negação e a sublimação do sofrimento ou a partir da banalização do sofrimento quando os trabalhadores fazem de conta que nada está acontecendo, ou como se os acontecimentos fossem esperados

e não requeressem decisões. Outras estratégias defensivas foram mencionadas pelos trabalhadores para fazer frente ao sofrimento, tais como: esquecer a qualquer custo o sofrimento cotidiano; separar a vida social da vida do trabalho; vivenciar crises e adoecer, tendo em vista os sentimentos não conscientes; anular as emoções; utilizar "válvulas de escape" para aliviar a ansiedade, dentre outras. Nesta situação, é possível afirmar que estes trabalhadores ainda estão negando suas crises decorrentes do sofrimento do trabalho. Entretanto, percebi que alguns deles já buscam novas formas de se relacionarem com o seu trabalho e de enfrentar o sofrimento e, portanto, já se situam na fase chamada "*aumento da tensão*", segundo Taylor (1992). As novas formas de enfrentamento do sofrimento incluem possibilidades como o reconhecimento da existência do mesmo; a necessidade de aprender a conviver com ele e de compartilhar essas experiências com os colegas; a busca do significado dessas vivências para sua vida e o desejo de alcançar o equilíbrio entre sofrer sem limites, negar ou banalizar o sofrimento. A enfermagem permanece desempenhando o papel social esperado, ou seja, realizando aquilo que esperam dela "*a qualquer custo*". Outro achado importante foi o estado de alerta permanente revelado pelos trabalhadores, o qual precisa ser investigado com mais profundidade e associado às doenças apresentadas por eles, decorrentes do desenvolvimento do seu trabalho.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Carmem Lúcia Colomé Beck

Orientador: Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

**Título: DA BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO À SUA RE-SIGNIFICAÇÃO
ÉTICA NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 15/03/2000

Abstract

FROM THE SUFFERING TRITENESMENT TO ITS ETHICS REMEAING ON THE WORK ORGANIZATION

Author: Carmem Lúcia Colomé Beck

Adviser: Teacher Nurse Dr^a Maria Tereza Leopardi

These study characteristics as a investigation in the human-social area, sort of descriptive-explorer, structured from a quality approach. It was realized with twenty nurses and 26 nurses auxiliary of two hospitals from Santa Maria – RS and in five units considered critical, they are: adults intensive therapy unity, surgical unity, casualty-department, and the outpatient department of hemato - oncology. The triangulation was used in the data collect, including semi-structured interview, the observation on the three works shifts and the fill of one form with the nursery workers. It had as a problem the investigation of the effects that the work organization and the situation events promote in the workers life, as an objectives, the critical units characterization, the identification of these events by the workers and the backwash on the suffer confrontation, as like the relation between the work organization events and the production of suffering, discomfort, unpleasantness of the nursery workers. The defended thesis is that the work organization, as the specific situation events, decoded or not, experimented individual or in-groups, on criticai unity, take effect on the suffering confront way. This ways were presented through defense mechanisms utilization, as the deny and switch of_suffering or from the triteness suffering when the workers pretend that nothing is happening or like the events were expected and don't require decisions. Others defensive strategy were said by the workers to took against suffering, like: forget, no matter what, the daily suffering, separate the social life from the work life, experience crises and get sick, considering not-conscious feelings. Deny the emotions; use escapes to alleviate the anxiously, and others cases. On this situation can be affirmed that

these workers are still denying their crises of work suffering. Therefore, notice that some workers already look for new ways of relation with their work and to confront the suffering and, that's why they situate themselves on the stage called increase of tension (Taylor, 1992). The new way of suffering confront include possibilities like the recognition of this; the necessity of learning how to live with it and to share these experience with the co-worker; the seek of these experiences of life meaning for their lives and the wish to have the equilibrium between no-limits suffering, deny or trite the suffering. The nursery remains discharging the social role expected, like realizing what is expected from it, no matter what. Other important point was the permanent alert state shown by the workers, which needs to be investigated with more deepness and associated with the decrease presented by them, for their work development.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT
GRADUATE COURSE IN NURSING**

Author: Carmem Lúcia Colomé Beck

Adviser: Nurse Dr^a Maria Tereza Leopardi

Title: **FROM THE SUFFERING TRITENESMENT TO ITS ETHICS REMEAINING
ON THE WORK ORGANIZATION**

Ph. D. Thesis in Nursing Philosophy

Florianópolis, SC, 15/03/2000

Agradecimientos

A Deus

força suprema que me manteve saudável e capaz de viver esta experiência com tanta vivacidade e energia.

Aos meus pais,**Cândido e Maria Colomé**

por acreditarem na importância deste momento e pela participação cotidiana na minha vida, especialmente nas ausências e no cuidado e amor dispensado aos meus filhos.

Aos meus irmãos,**Flávio, Valéria,****Isabel Cristina e Paulo Sérgio**

por acompanharem esta trajetória com tanto orgulho e confiança no meu desempenho.

Ao meu marido Marco,

companheiro de jornada, pelo apoio irrestrito e por se comprometer com tanto afinho com meu crescimento pessoal e profissional, sem o qual seria impossível continuar.

Aos meus filhos**Marco e Rafael**

por, apesar da pouca idade, entenderem minhas ausências e vibrarem comigo no decorrer do curso.

Amo vocês!

À minha família Colomé / Beck

pelo respeito e incentivo constantes nesta caminhada. Tê-los ao meu lado, tem contribuído para que eu viva estes momentos com mais alegria.

Aos meus sogros

Adão e Ady Schneider Beck (*in memoriam*)

por seus exemplos de vida e por acreditarem que é preciso trabalhar com dedicação na busca de nossos ideais.

Às minhas colegas "do coração" Rosa Maria Bracini Gonzales e Maria de Lourdes Denardin
pela cumplicidade e pelas trocas efetivadas nos nossos encontros.

Às queridas colegas

Vânia Backes e Elisabeta Nietzsche

por nos receberem com tanto carinho em
Florianópolis-SC.

Aos colegas e amigos do Curso de Doutorado

pelas experiências compartilhadas no decorrer do curso, onde cada um foi "*muito especial*".

Às colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

que contribuíram com a minha qualificação, favorecendo o afastamento das atividades docentes neste período.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC

pelo convívio salutar no decorrer do curso na busca do conhecimento.

À CAPES, Bolsa PICDT

a qual possibilitou a realização desta qualificação profissional com mais tranquilidade e menos ansiedade.

**Às instituições hospitalares - Hospital
Universitário de Santa Maria - HUSM e Hospital de
Caridade Astrogildo César de Azevedo - HCACA**

que possibilitaram a realização da pesquisa nas
unidades hospitalares selecionadas.

**Às enfermeiras e auxiliares de enfermagem,
trabalhadores que participaram deste estudo**
pela sua disponibilidade em refletir sobre seu
trabalho, por vezes, momentos estes muito sofridos.

À minha orientadora,

Dr^a Maria Tereza Leopardi,

por respeitar meu desenvolvimento, meus escritos, por
ser a pessoa maravilhosa que é, sempre comprometida com
uma enfermagem mais autônoma. Por certo, seu modelo
ficará plasmado em mim e espero estabelecer com meus
alunos relações tão construtivas e prazerosas quanto as que
ela me ensinou. Obrigada.

À professora de português,

Maria Elena Beck da Silva,

pelas correções feitas no texto com tanta
competência e dedicação.

Às tantas outras pessoas

que nestes três anos de curso estiveram presentes na
minha vida, apesar de não aparecerem nominadas aqui.
Viver e conviver foram momentos mágicos e de muita
alegria.

Sumário

Listas

Sumário

RESUMO	xi
ABSTRACT	xv
AGRADECIMENTOS	xix
LISTA DE TABELAS	xxix
LISTA DE FIGURAS	xxxix
LISTA DE ANEXOS	xxxiii
1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	01
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	17
3 PERCURSO METODOLÓGICO	59
3.1 OS CENÁRIOS DA PESQUISA	61
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	72
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	74
3.4 COLETA DE DADOS	78
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	82
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	89
5 O PAPEL SOCIAL, O ESTADO DE ALERTA E A BANALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO DO TRABALHADOR EM UNIDADES CRÍTICAS	181
6 REFLETINDO ACERCA DO PROBLEMA DE PESQUISA, DOS OBJETIVOS E DA FORMULAÇÃO DA TESE	223
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	237
ANEXOS	245

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por Instituição Hospitalar	107
Tabela 2 – Número de Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por Unidade Crítica.....	108
Tabela 3 – Distribuição dos Trabalhadores de Enfermagem por Faixa Etária.....	109
Tabela 4 – Tempo de Serviço dos Profissionais na Enfermagem	110
Tabela 5 – Tempo de Serviço dos Trabalhadores nas Instituições Hospitalares.....	110
Tabela 6 – Tempo de Serviço dos Trabalhadores na Unidade Crítica	111
Tabela 7 – Número de Empregos dos Trabalhadores de Enfermagem	112
Tabela 8 – Doenças Apresentadas pelos Trabalhadores e Relacionadas ao Trabalho na Enfermagem	122

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema gráfico da expressão de ansiedade observada (turno da tarde).....	200
--	-----

Lista de Anexos

ANEXO 1 – Formulário	247
ANEXO 2 – Roteiro de Observação	251
ANEXO 3 – Registros no Diário de Campo	253
ANEXO 4 – Roteiro de Entrevista	255
ANEXO 5 – Solicitação de Autorização para Coleta de Dados	257
ANEXO 6 – Autorização para utilização das informações obtidas nas entrevistas (incluída na transcrição das fitas)	259

1 Introduzindo a Temática

A desorganização dos investimentos afetivos provocada pela organização do trabalho pode colocar em perigo o equilíbrio mental dos trabalhadores

(Dejours, 1992: 77).

O caminho que me propus trilhar, no desenho da minha tese, é fruto das vivências adquiridas ao longo do anos como Enfermeira e Docente de Enfermagem.

Considero interessante contar um pouco dessa história profissional, o que pode elucidar as opções feitas ao longo do tempo.

Graduei-me em Enfermagem, em dezembro de 1983 e, em janeiro de 1984, iniciei minhas atividades como docente da Faculdade de Enfermagem "Nossa Senhora Medianeira" - FACEM (atualmente CEUNIFRAN - Centro Universitário Franciscano) na área de Saúde Pública, exercendo a docência por um período de dois anos.

Em março de 1986, ingressei na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, exercendo a docência junto ao Departamento de Enfermagem, na área do Adulto - disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, quando tive contato com uma unidade fechada que atendia pacientes em estado crítico, a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário - UTI /HUSM.

Realizei supervisão de alunos (quinto semestre do Curso de Enfermagem), neste setor, por oito semestres consecutivos e, em meu Curso de Especialização em Pedagogia da Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado em 1985, a monografia de conclusão denominou-se "*Atitude Comportamental da Equipe de Enfermagem frente à Morte de Pacientes em Estágio Final*", pois, desde esta época, inquietavam-me as questões relacionadas com situações

críticas, pelos desafios profissionais e pessoais que comportam, para além da técnica.

Neste campo de aulas práticas, pude vivenciar inúmeras situações afloradas pelo processo de adoecimento e, muitas vezes, morte de pacientes, enfrentadas pelos trabalhadores da saúde, pelos próprios pacientes, por seus familiares, pelos professores e alunos dos cursos de graduação inseridos nesta área crítica.

Em 1988, realizei um curso de Especialização em Saúde Coletiva, cuja monografia de conclusão foi a elaboração de um diagnóstico da força de trabalho de enfermeiros e fisioterapeutas no município de Santa Maria - RS, concluída em 1990.

Neste mesmo ano, fui eleita Vice-Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário, representando meu departamento, passando a integrar um grupo diretor e a participar mais efetivamente do cotidiano das enfermeiras das unidades de internação deste hospital. A administração da assistência de enfermagem realizada por elas era permeada por muitas dificuldades, tendo em vista as características do hospital e da clientela a ser atendida: hospital - escola, público, com grande número de pacientes em estado grave e com diferentes patologias, doentes encaminhados de toda a região, precariedade da força de trabalho em todas as áreas do hospital, dentre outras.

Algumas inquietações foram surgindo com este convívio mais estreito e, em 1994, com o término da gestão, tive a oportunidade de iniciar o curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Para realizar a disciplina "*Prática Assistencial*" no Mestrado, escolhi a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, tendo em vista o desejo de aprimorar questões relativas ao paciente grave e seu contexto.

A dissertação de mestrado foi desenvolvida na mesma área, tendo como foco a assistência de enfermagem à família do paciente internado em unidade de terapia intensiva, sendo que a Teoria Interacionista de Joyce Travelbee deu sustentação para o desenvolvimento do processo de enfermagem.

O título da dissertação de mestrado foi "*O Processo de Viver, Adoecer e Morrer: Reflexões com Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva*" (Beck, 1995). Foi um trabalho muito gratificante, no qual pude entender que a maneira como se vive a vida, interfere decisivamente no processo de morrer e, também, porque convivi mais proximamente com os familiares dos pacientes internados, percebendo suas carências, expectativas, sofrimentos e esperanças, delineando procedimentos de uma assistência de enfermagem capazes de atender a algumas destas necessidades.

Desta forma, a família preparava-se para interagir de maneira mais eficaz junto ao seu doente, contribuindo efetivamente para a sua recuperação ou para uma vivência mais tranqüila destes momentos.

Neste período, percebi com mais clareza as dificuldades sentidas pelos trabalhadores de enfermagem no contato com os familiares dos pacientes internados, devido à grande fragilidade apresentada pelos mesmos frente à internação em área crítica.

As carências dos profissionais de enfermagem estavam mais relacionadas à exigência de atendimento em situação de risco, o que, por

vezes, contribuía para descaracterizar as necessidades psicoespirituais dos pacientes e familiares e o desenvolvimento adequado da empatia e da comunicação, enquanto instrumentos de trabalho imprescindíveis para uma práxis mais humanizada e libertadora para todos os envolvidos no processo.

Em março de 1997, iniciei o Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com o intuito de aprofundar estudos e reflexões sobre a área crítica de assistência à saúde, realizando disciplinas e escrevendo artigos que viessem ao encontro deste objetivo.

Neste novo momento, meu olhar direcionou-se para os profissionais de enfermagem que atuam nessas áreas, por entender que algumas questões do seu cotidiano de trabalho não estavam esclarecidas e, portanto, careciam de investigação. Penso que esta elucidação pode contribuir para tornar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem menos sofrido, mais tranqüilo e satisfatório, pois o trabalho humano é um componente fundamental e indissociável da vida humana, sendo essencial considerá-lo quando nos reportamos ao dia-a-dia das enfermeiras e demais trabalhadores da equipe de enfermagem.

Para Sampaio (1995), existe uma onipresença do trabalho humano em todas as expressões da vida social, situando o trabalhador numa hierarquia social de valores, com prestígio social diferenciado e remetendo-os a diferentes possibilidades de consumo, felicidade, adoecimento e morte.

O que se deseja é uma perspectiva de melhorar as condições de trabalho, a eficácia da organização e uma melhor resposta ao usuário dos serviços, os quais, segundo Pitta (1994, p. 21), somente poderão ser

alcançados se for considerado "*o cotidiano do trabalho hospitalar com as cargas de tensão e conflito a mobilizar sujeitos concretos que se situam nos limites geográficos desta atividade humana*".

No trabalho em unidade crítica, a situação de risco iminente de vida está sempre presente, sendo que esta é uma análise objetiva e sucinta dos aspectos intervenientes no contexto em unidade crítica. Alguns fatores podem interferir na potencialização dos riscos, quais sejam: a habilidade ou não dos trabalhadores para agirem diante desta situação de maneira adequada (não aumentando o risco natural); o ambiente adequado ou inadequado para a prestação desta assistência; os instrumentos de trabalho suficientes e em boas condições, ou insuficientes e em más condições; a rotatividade de pessoal da saúde no setor, dentre outros.

A equipe de enfermagem que desenvolve seu trabalho em unidade crítica vive situações complexas e instigantes, sendo este universo conformado por características especiais como: equipes compostas por vários trabalhadores da saúde, ambiente hostil, situações de emergência que exigem empenho e habilidades, pacientes de diferentes faixas etárias com risco de vida (o que torna o limiar entre a vida e a morte muito tênue), dificuldades no relacionamento interpessoal, dentre outros.

Considerando estas questões e o fato do processo de trabalho da enfermagem estar associado à própria forma de organização social, emergem questões relacionadas ao cotidiano dos trabalhadores, os quais compartilham alegrias, esperanças e desesperanças relacionadas à sua vida pessoal e ao seu trabalho, não sendo possível pensar aspectos do trabalho dissociados da vida do trabalhador.

Seligmann - Silva (1994) reforça a idéia de que a interface trabalhador-família é uma via de mão dupla, em que, de um lado, há o fluxo do deslocamento de experiências familiares para o mundo do trabalho por conta de sua subjetividade; de outro, a corrente que transporta, para a vida familiar, determinações emanadas do trabalho.

Em consonância com isso, Dejours e Abdoucheli (1994, p. 24) referem que,

... o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

A subjetividade do trabalhador manifesta-se, também, em situações próprias da unidade crítica e que se relacionam à morte dos pacientes, à gravidade da doença, ao sofrimento da pessoa que se percebe morrendo e de seus familiares, bem como à associação que o profissional faz deste momento com outros já vividos. Estes fatores fazem com que a complexidade do trabalho seja potencializada, exigindo dos trabalhadores um modo particular de enfrentamento destas situações, tornando esta experiência especial e intensa para cada indivíduo.

É possível que as dificuldades no desempenho do trabalho possam estar também relacionadas tanto a aspectos objetivos, como por exemplo a inadequação do ambiente ao trabalhador, a ausência de controle do processo de trabalho, como a aspectos subjetivos, que dizem respeito, por exemplo, à personalidade do trabalhador, às experiências anteriores vivenciadas por ele e que o sensibilizaram, trazendo-lhe algumas dificuldades.

Portanto, os trabalhadores de enfermagem podem manifestar uma gama significativa de sentimentos ambíguos na assistência aos pacientes graves e seus familiares, bem como no trabalho junto à equipe de saúde, que vão da impotência à onipotência, da alegria à tristeza, da esperança à desesperança.

Além disso, as relações interpessoais estabelecidas em unidades críticas são difíceis, pois se referem a situações críticas por si só, tais como a hospitalização, o sofrimento, a dor e a morte de pacientes, as quais envolvem seus familiares, amigos e os trabalhadores da área da saúde.

Para Dejours (1992), o sofrimento dos trabalhadores pode ser expresso através de dois sintomas: da insatisfação e da ansiedade. A satisfação e a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspectos como: condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e segurança) e a organização do trabalho (divisão do trabalho, das tarefas, as relações de poder, as questões de responsabilidades, a habilidade para cuidar de pacientes graves que estabelecem limites/possibilidades diversas dos demais e o relacionamento entre as pessoas).

Este mesmo autor (1994) reafirma esta questão, dizendo que, quando o rearranjo da organização do trabalho não é possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa, pois a energia pulsional que não é descarregada no exercício do trabalho é acumulada no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. A evolução deste processo, portanto, pode ocasionar distúrbios de ordem física e psíquica no trabalhador, caracterizada muitas vezes sob a forma de doenças psicossomáticas.

Os trabalhadores de enfermagem, quando atuam neste ambiente tenso e

estressante, têm riscos que envolvem sua saúde, pois cuidam de pacientes que requerem cuidados especiais, tanto no aspecto físico quanto emocional. Esses, muitas vezes, negam ou desconhecem estes riscos, por falta de investigação que associe certas condições iatrogênicas do ambiente e do próprio processo de trabalho nessas unidades a aspectos de desconforto e mal-estar apresentados por eles.

As vivências dos profissionais de saúde, nas situações de crise, são incorporadas diferentemente, porque cada um vive à sua maneira, embora não solitariamente. Heller (1991) destaca a importância de se reconhecer a singularidade de cada homem, mas, ao mesmo tempo, a necessidade que todos têm de compartilhar seu cotidiano com os outros.

Pode-se dizer que os trabalhadores da saúde, atuando em unidades críticas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, enfrentam cotidianamente "*eventos situacionais*"¹, cujas características referem-se ao tempo-contexto vivido tanto pelos trabalhadores quanto pelos outros implicados no processo que, de alguma forma, implicam em condutas muitas vezes radicais. Estou me referindo, por exemplo, a tomadas de atitudes efetivadas pela equipe médica, como o investimento feito em pacientes irrecuperáveis, quando a "*fila de espera*" para internações em unidade de terapia intensiva é significativa, gerando um dilema ético muito importante para os trabalhadores da equipe de enfermagem.

¹ Os '*eventos situacionais*', nesta investigação são definidos como aquelas situações que ocorrem envolvendo os trabalhadores de enfermagem e que, se somados ao significado personalizado do evento e à natureza e extensão dos mecanismos de defesa para cada pessoa, podem dar origem às crises derivadas, pois, da proposição de Taylor (1992) e dos outros aspectos acima abordados.

Muitos eventos podem ocorrer, segundo Taylor (1992), apresentando três significados diferentes: (a) ameaça às necessidades instintuais fundamentais ou para o senso de integridade da pessoa, (b) aqueles que representam uma perda real ou percebida, ou (c) aqueles eventos que representam desafio.

Ainda para essa mesma autora, estes eventos estão associados ao significado personalizado do mesmo para cada indivíduo e sua família e à habilidade dos sujeitos para utilizarem adequadamente os mecanismos de defesa. Nas situações em que este processo não ocorre de maneira adequada, o estado de desequilíbrio surge, ocasionando as crises que, na maioria das vezes, para resolução, exigem a participação de profissionais capacitados em sua condução.

Novamente a satisfação e a insatisfação podem estar presentes no cotidiano dos trabalhadores, como resultado desses eventos, sendo elementos importantes a considerar, quando se fala em qualidade de vida e trabalho. Por outro lado, as características do trabalho da enfermagem predispõem a utilização de mecanismos de defesa, de resistência e de enfrentamento, com os quais os trabalhadores buscam alcançar um relativo equilíbrio e o desenvolvimento do trabalho propriamente dito.

Taylor (1992) diz ainda que, se este objetivo é atingido, estas pessoas tornam-se mais capazes de lidar com futuros eventos, uma vez que constroem um repertório mais amplo de mecanismos adaptativos.

No cenário das unidades críticas, muitas vezes o tempo prolongado de internação, a gravidade do estado de saúde dos pacientes, bem como a relação dos pacientes e seus familiares com os profissionais de saúde, são eventos

altamente propiciadores de crises. Isto ocorre devido ao fato dessas unidades serem ambientes que trazem como evento principal o risco de vida do paciente, somado às angústias dos familiares e da própria equipe, muitas vezes ligados à incerteza sobre a recuperação da saúde.

Para Ferreira (1988), a palavra crise significa estado de dúvidas, incertezas; fase difícil, grave na evolução das coisas, dos fatos, das idéias; momento perigoso, decisivo.

Já para Aguilier & Messick (1986) e Wolley (1990), *apud* Dal Sasso (1994), crise significa perigo e oportunidade. Perigo diante da opressão que pode sofrer o ser humano em termos, especialmente, de saúde, e oportunidade porque, nos períodos de crise, a pessoa está mais receptiva à influência terapêutica, utilizando seus métodos para a resolução de problemas.

Com relação aos aspectos subjetivos deste ambiente de trabalho, vêm à tona questões tais como: o significado destes eventos (o enfrentamento da dor, sofrimento e morte no cotidiano da unidade crítica para os trabalhadores de enfermagem, para os pacientes e seus familiares) e um aumento dos riscos que envolvem tanto o paciente quanto o trabalhador de enfermagem.

Os riscos a que faço alusão e que estão relacionados ao paciente dizem respeito àqueles provocados pela iatrogenia e que englobam desde o diagnóstico até o tratamento de saúde como um todo, podendo ser provocados por qualquer profissional da saúde e causar seqüelas definitivas ou levar à morte do paciente.

Uma outra forma de iatrogenia que merece ser destacada é aquela que se relaciona com a inabilidade dos profissionais no relacionamento com os

pacientes. O avanço tecnológico e a exigência da utilização da tecnologia em unidades de risco para a manutenção da vida do paciente, têm contribuído para a descaracterização da pessoa doente e do profissional como ser integral, ou seja, com carências e necessidades de cuidados de toda ordem.

Nesta pesquisa, os aspectos do processo de trabalho que serão mais estudados são: a organização do trabalho e a força de trabalho que atua em unidades críticas.

Considero importante elucidar alguns conceitos para facilitar o entendimento do leitor, tais como o conceito de *unidade crítica* que deve ser entendido como relacionado a unidades fechadas que atendem pacientes com risco de vida, com possibilidades de recuperação, ou em condições especiais, como no processo de parto, recuperação anestésica, emergência e outros. São compostas por pacientes que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência das alterações fisiopatológicas e que supõem a ação de uma equipe de saúde especializada, bem como normas e regulamentos específicos para o seu funcionamento.

A *organização do trabalho*, de acordo com Dejours (1994), será considerada a partir de aspectos objetivos como adequação do ambiente, número de funcionários, dinâmica de trabalho e também de aspectos subjetivos relacionados à divisão de tarefas, as relações de poder entre os profissionais, a liderança, o relacionamento entre as pessoas, dentre outros aspectos.

A *banalização* será entendida como um modo de enfrentamento de situações importantes que provocam sofrimento e que são encaradas como comuns e inerentes ao contexto em que o trabalhador vive. Decorrente desse

processo, emerge a não valorização de situações especiais presentes na vida do trabalhador e que são "*naturalizadas*", não se dando a devida importância e tratamento.

Partindo destes conceitos explicitados acima e do pressuposto de que a doença e a internação em unidade crítica interferem significativamente na vida dos pacientes, alterando sua rotina e provocando eventos situacionais importantes para eles e também para os cuidadores, o que desejo clarear é se este espaço crítico é agente potencializador ou não destas crises para os profissionais da enfermagem, trazendo-lhes mais sofrimento.

Busco, sobretudo, evidenciar se os trabalhadores recorrem a meios para esconder tal sofrimento, principalmente pelo processo de banalização e simplificação dos eventos.

Considerando este universo relacional complexo e desafiador (do paciente gravemente enfermo, família e trabalhadores de enfermagem) explico o problema que norteará esta investigação, ou seja, ***que efeitos as características da organização do trabalho ou eventos situacionais provocam na vida dos trabalhadores em unidade crítica?***

Em consequência disso, defendo **a tese** de que a organização do trabalho, bem como eventos situacionais específicos, decodificados ou não, vivenciados individual ou coletivamente, em unidade crítica, produzem efeitos sobre os modos de enfrentamento do sofrimento.

O estudo, tendo em vista esta perspectiva, tem como objetivos:

- ✓ caracterizar a organização do trabalho da enfermagem em unidade crítica;

- ✓ identificar os eventos situacionais específicos vivenciados em unidade crítica, na assistência à saúde, que podem ter efeitos no modo de enfrentamento do sofrimento dos trabalhadores da enfermagem;
- ✓ evidenciar as relações existentes entre os eventos situacionais presentes na organização do trabalho em unidade crítica e seus efeitos na produção de sofrimento, desconforto e desprazer dos trabalhadores da enfermagem.

É importante salientar que optei por referenciar outros autores neste estudo, nos capítulos quatro e cinco, em que apresento os dados obtidos nos campos de pesquisas, os quais serviram de sustentação para a efetivação da análise proposta, ao invés de condensá-los em um único capítulo.

Esta tese é composta de seis capítulos, sendo que o primeiro introduz a temática da pesquisa, a justificativa, o problema e a tese formulada, assim como os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, apresento os fundamentos teóricos que embasaram estas reflexões, os quais balizaram também a análise dos resultados obtidos na coleta de dados.

O terceiro capítulo traz o percurso metodológico empreendido no decorrer do trabalho, explicando os caminhos escolhidos para alcançar a meta estabelecida.

Já o quarto e quinto capítulos são aqueles que destinei à apresentação dos resultados, a partir de entrevistas, observações e preenchimento de formulários realizados com 46 trabalhadores de enfermagem de duas

instituições hospitalares de Santa Maria - RS.

O sexto capítulo compreende as reflexões acerca do problema de pesquisa e da formulação da tese, realizando as considerações finais e ressaltando aspectos encontrados no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas que representam reflexões ou proposições inovadoras.

2 Fundamentos Teóricos

O trabalho revela-se essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode, também, ser mediador da auto-realização, da sublimação e da saúde

(Dejours, 1999: 98).

Este estudo tem como proposta tecer algumas considerações sobre os eventos situacionais vivenciados pelos trabalhadores da enfermagem no seu cotidiano e a banalização do sofrimento decorrente deste processo no mundo do hospital.

Esta idéia surgiu a partir da leitura do texto "*El pensar y las reflexiones morales*", de Hannah Arendt (1995), parte do livro *A História e a Ação*, no qual enfoca, basicamente, as suas preocupações em analisar o mal (tão banalizado) e suas relações com o pensamento.

Tendo em vista meu desejo de aprofundar a temática referente ao processo de trabalho da enfermagem em instituições hospitalares, considereirei como "*mal*"² a doença e o sofrimento cotidiano vivenciado por estes profissionais, e procurei refletir sobre o quanto este sofrimento é negado, negligenciado pelos trabalhadores.

É sobre esta temática que fiz algumas reflexões, com a contribuição de autores como Heller (1991), Pitta (1994), Sampaio (1995), Leopardi (1992, 1994, 1998, 1999), Dejours (1992, 1994, 1999), Gonzales (1995) e outros.

O universo hospitalar foi organizado, desde a sua institucionalização até

² A palavra "*mal*" foi utilizada no sentido filosófico-genérico e teve como objetivo específico fornecer uma generalidade a esta situação que está sendo estudada e que, certamente, inclui eventos que socialmente, seja concreta ou simbolicamente, a sociedade identifica como coisas a serem debeladas por algum tipo de movimento, seja individual ou social. É algo com que a sociedade, de alguma forma, não suporta conviver e, dentre muitos aspectos, neste texto, vou considerar a doença e o sofrimento cotidiano, nesta perspectiva.

os dias atuais, para conter o “*mal*” contido no que entendemos por enfermidade, seja no sentido antropológico, simbólico, concreto, social ou religioso. Ele pode se apresentar, de maneira concreta e objetiva, através das doenças e de suas manifestações, quais sejam a manipulação e o contato com secreções, excreções, o odor fétido dos corpos doentes, as transformações físicas, psíquicas e espirituais provocadas pelos diferentes tipos de doenças, a apatia e o cansaço manifestados pelos pacientes.

O mal simbólico aparece mais claro na ansiedade da família e do paciente internado com relação ao seu futuro, no luto diante da morte, no acompanhamento do seu sofrimento. Os trabalhadores de enfermagem deparam-se, cotidianamente, com dificuldades inerentes à sua própria subjetividade e ao seu processo de trabalho. O mal, nestes trabalhadores, pode ser percebido quando pensam no prêmio que podem merecer por fazer “*tudo certo*” ou no “*castigo*” a que estão sujeitos por transgredir algo que não podia ser transgredido.

Assim também se apresentam outras instituições similares ao hospital, como as prisões e as escolas que, por sua vez, concentram o mal, seja mal nos indivíduos com distúrbios graves de conduta que exigem o isolamento da sociedade ou na ignorância, visando sempre a transformação do indivíduo, seja pela punição que exige, seja pela revelação da verdade. Assim age também a religião que busca livrar o homem do seu afastamento da verdade divina.

Nestas instituições, os envolvidos podem ter assimilado parcelas consideráveis dos elementos de controle, manipulação e conteúdo exclusional próprios de cada uma delas, pelo exercício do poder conferido, pelo domínio de um conhecimento capaz de, no nível simbólico genérico, debelar “*o mal*” da

doença, da ignorância, do sofrimento e da morte.

Como uma aparente descaracterização desta racionalidade, o nascimento poderia ser considerado como um ato que revela o lado “*bom*” do hospital, associado à vida, às esperanças e às expectativas. Entretanto, convém lembrar que o parto, com o passar do tempo, foi “*desnaturalizado*”, ou seja, de um processo natural e que acontecia em casa, passou a ser realizado no hospital, sem que fosse absolutamente necessário, para controlar o evento transformado num risco para a mãe e para o bebê. A medicalização, assim, torna-se um meio para o controle e erradicação de muitos males, alguns reais, outros imaginados.

Nesta perspectiva, o hospital, como espaço privilegiado da medicalização, é permeado por situações geradoras de crises, muitas delas originadas pelo excessivo esforço em aliviar a dor e prolongar a vida, às custas de uma artificialidade que, se não expõe a impotência do trabalhador, pelo menos mascara o “*mal*”, tornando-o um evento para o qual se deve olhar objetiva e sistematicamente.

É interessante refletir sobre que “*parcela do mal*” as ações dos trabalhadores da enfermagem, da família e dos médicos pode dar conta, uma vez que os instrumentos de trabalho e a qualificação da força de trabalho não têm se mostrado adequados às reais necessidades dos pacientes e de seus familiares.

Penso que a “*parcela do mal*” sobre a qual a enfermagem pode intervir, talvez seja aquela vinculada às expectativas frustradas do paciente e da família, relacionadas a uma assistência de enfermagem com qualidade; à negligência

ou à iatrogenia na prestação de um cuidado; ou ainda, um cuidado indiferenciado, prestado a todos os pacientes da mesma maneira e, portanto, carente do aspecto ético.

Para que este mal seja debelado pela enfermagem, é fundamental que o cuidado do paciente seja visualizado na sua multidimensionalidade, ou seja, nos aspectos físico, psíquico, espiritual, e os trabalhadores cumpram o seu compromisso ético de diferentes formas (como, por exemplo, através da busca contínua do conhecimento).

É provável que, à medida em que a enfermagem reconheça, efetivamente, a importância da participação da família na reabilitação do paciente e assuma a necessidade de orientá-la para que ela possa colaborar no processo, as relações interpessoais entre os envolvidos tenham um salto qualitativo.

A família também pode carregar a sua quota pela re-significação de seu papel quanto ao abandono sentido pelos pacientes, nestas situações em que se encontram deprimidos, fragilizados e dependentes de amor, atenção e carinho.

Um outro aspecto importante a considerar é que o comportamento da família pode ser decorrente do medo do contágio da doença apresentada pelo seu familiar, pelo cansaço físico e mental originados do cuidado dispensado ao paciente por muito tempo. A família pode ter dificuldade para enfrentar estas situações, uma vez que o cuidado inadequado prestado ao seu familiar pode trazer culpa por este “mal” imaginariamente provocado por eles. É possível que muitos trabalhadores da enfermagem não compreendam estas atitudes dos familiares e estabeleçam pré-julgamentos, o que vem comprometer a qualidade

da assistência prestada.

No que se relaciona à família, a conscientização acerca das dificuldades enfrentadas por eles no processo de hospitalização do seu familiar, pode auxiliar no abrandamento desses sentimentos. Entretanto, um outro aspecto interessante para ser evidenciado, é o comprometimento da família nesse cuidado, na medida em que, permanecendo ao lado do paciente, toca-o, auxilia-o e o percebe como um sujeito que realiza trocas, recebendo e emanando energias, e que estas são necessárias a sua reabilitação física e espiritual.

No que se relaciona à medicina, "o mal" pode estar situado na esfera da inexistência de instrumentos de trabalho adequados para o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica, bem como nas ações inábeis, pouco éticas ou iatrogênicas que possam ocorrer com o médico durante o atendimento ao paciente e que podem sustentar e nutrir o fantasma do hospital como lugar para morrer e sofrer.

Para fazer frente a este "mal", parece importante revisar a formação acadêmica desses profissionais que, assim como nas demais profissões da saúde, ainda está muito voltada para o tecnicismo, tendo pouca preocupação com a formação humanística desses trabalhadores. A onipotência médica é outro traço muito evidente que necessita ser trabalhado, tendo em vista as dificuldades causadas por ela, manifestadas, muitas vezes, no distanciamento das relações entre o paciente, a família e o profissional, na falta de autenticidade destas relações, no uso, pelo médico, de uma linguagem técnica com os pacientes e familiares, dentre outros aspectos.

Este quadro pode propiciar, em todos os envolvidos, especialmente nos

trabalhadores da saúde, o aparecimento de muitos sentimentos, como desesperança, tristeza, angústia e sofrimento, tanto na vida pessoal quanto no trabalho, e a discussão sobre esta temática pode auxiliá-los a considerarem a parcela do “*mal*” que requer sua ação profissional, sua existência e significado, para que o cuidado oferecido possa ser efetivamente terapêutico, seja no sentido de buscar a cura, seja no sentido de encontrar significados razoáveis para tornar a assistência um ato digno, tanto para o trabalhador quanto para o enfermo.

Para facilitar a compreensão e elucidação do tema estudado neste capítulo, serão discutidos alguns aspectos relativos ao cotidiano destes trabalhadores, propiciando reflexões sobre a organização do trabalho em unidades críticas, a interface entre objetividade e subjetividade do trabalhador, bem como sobre os possíveis efeitos no modo de enfrentar o sofrimento evidenciado nas interrelações estabelecidas entre o trabalhador e os eventos situacionais que podem conduzir às crises e ao estresse e que são vivenciados no cotidiano, muitas vezes pela sua banalização, ou seja, pela sua aparente comunalidade, por serem consideradas “*do ofício*”.

➤ O trabalho, desde as sociedades primitivas, compõe a vida das pessoas como produtor de sua hominização e vem se transformando, ao longo da história, para dar conta e atender às demandas sociais e particulares.

É sabido que Marx é a figura central da discussão acerca do processo de trabalho e de suas conseqüências na vida do trabalhador. A partir de seus escritos, vários autores na enfermagem e em outros campos do conhecimento têm refletido sobre suas idéias, enfatizando aspectos mais próprios do seu cotidiano, muitos dos quais se encontram relacionados a seguir.

As inúmeras interpretações da análise de Marx sobre o trabalho reforçam a idéia de que o estudo das implicações da sua degradação, especialmente no capitalismo, têm gerado problemas aos trabalhadores que, ao serem evidenciados, podem originar alternativas para sua superação.

Para Marx (1968), todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato, gera valor de mercadoria. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem, sob forma especificamente adequada a um fim, e nesta qualidade de trabalho concreto e útil, produz valores de uso.

Sampaio (1995) refere que o trabalho é atividade humana de intertransformação com a natureza; implica em realização da identidade do sujeito e em mercadoria (coisa a ser vendida, em troca de acesso à sobrevivência). Para ele, o trabalho tem dupla natureza (as quais são indissociáveis): a atividade material, intencional, voltada para a realização de um produto necessário aos^h homens e que envolve instrumentos e procedimentos (trabalho concreto) e o modo de transformação desta atividade em mercadoria, voltada para a realização dos interesses do capital (trabalho abstrato).

Marx (1968) assegura que a essência humana deve se caracterizar por aspectos como o trabalho, a socialidade (historicidade), a consciência, a universalidade e a liberdade. Estas características desenvolvem-se e manifestam-se durante o curso da história de cada indivíduo, e o seu aprimoramento gera valores, os quais vão ser trabalhados ao longo do tempo.

Para Heller (1991), a vida cotidiana é o conjunto de atividades que

caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade de reprodução social. Ressalta ainda que são pouquíssimas as atividades comuns entre os homens, somente sendo idênticas em um plano abstrato. A partir daí, pode-se considerar que cada sujeito é singular e que, portanto, vive seu cotidiano de forma diferenciada. Esta mesma autora diz ainda que a vida cotidiana é um espaço histórico do desenvolvimento individual e social, e o sujeito da história é visualizado em sua temporalidade (passado, presente, futuro), dentro do processo de transformação individual e coletiva.

Para ela, o trabalho é uma atividade básica e genérica do homem, sendo caracterizado como o intercâmbio entre a sociedade e a natureza, natureza esta apreendida, não como realidade contemplativa e dada, mas enquanto construção do homem. Logo, o trabalho deve ser a ação humana que favorece as trocas entre os homens, permitindo sua relação com a natureza, através da sua manipulação e favorecendo o desenvolvimento humano.

Por produzir sempre face às necessidades sociais, por relacionar os homens através de seus produtos, por relacioná-los conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições de trabalho, o processo de trabalho humano é antes de tudo o mais, o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços (Marx, 1968).

Sampaio (1995, p.65) refere que

... o trabalho situa-nos na hierarquização social de valores, remete-nos para possibilidades diferentes de consumo, felicidade, hierarquia e morte. Portanto, existe uma onipresença do trabalho humano em todas as expressões da vida social,

o que justifica a importância de estudar-se o seu significado para os trabalhadores.

Concordo com Vaz (1995), quando ela refere que o trabalho possibilita a subsistência do homem, a transformação de si mesmo, a transformação da natureza e a superação da cotidianidade, não tendo, necessariamente, que produzir a alienação do sujeito.

O trabalho, ao longo do tempo e através das sociedades, vem sendo tratado como centralidade da vida humana, pois é a partir dele que ela se organiza. Embora reconhecendo que, na organização social predominante hoje, o trabalho dirija todos os atos humanos, renovo a mesma questão de muitos autores (Marx e Engels, Braverman, Dejours e outros), ou seja, até que ponto a assimilação desta centralidade não provoca uma deformação do sujeito no trabalho e na vida?

Contudo, o trabalho, para além do sistema capitalista, pode constituir-se como fonte de transformação e neste caso, concordo com Kantorski (1997) que, ao derivar seus estudos a partir da concepção marxiana, compreende o trabalho como uma categoria "*central*" na vida do homem, a partir de cinco dimensões que são: o homem ao produzir sua própria existência, produz a si mesmo; a práxis do trabalho expressa uma relação metabólica entre homem e natureza; o trabalho gera relações sociais e possibilita a criação da identidade do homem; o trabalho permite ao homem ser o produtor de sua própria história.

O trabalhador, em muitas situações, pode conceber o trabalho como dual, ou seja, o trabalho pode ser realizador ou castrador, criativo ou aniquilador, desgastante ou realizador, prazeroso ou enlouquecedor, cada

forma com conseqüências mais ou menos importantes sobre a vida cotidiana.

Para Leopardi (1994, p.179), é fundamental *“encontrar um novo sentido para o trabalho, nem como centralidade da vida, nem como marginalidade. A dialética dessa questão repousa na multiplicidade de experiências possíveis através do trabalho”* e fora dele.

Esta autora reforça a idéia de que *“a ética, a estética, a sobrevivência plena, a liberdade como dimensões concretas da vida consciente implicam num compromisso em busca de qualidade no trabalho como qualidade da própria vida”* (p.183).

Em Dejours (1994) podemos confirmar isto, quando diz que um trabalho que permite a diminuição da carga psíquica é equilibrante. Do contrário, torna-se fonte de tensão e desprazer, possibilitando o aparecimento da fadiga e da patologia psíquica no trabalhador. Diz ainda que (1994, p. 31-32)

... é essencial transformar o trabalho fatigante em um trabalho equilibrante e que, para que isto ocorra, é necessário flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho.

Aqui encontro um aspecto que reforça minha suspeita de que na enfermagem isso pode estar acontecendo.

Na atualidade, pode-se desenvolver o trabalho de enfermagem em inúmeros locais. Neste texto, será focalizado somente o espaço institucional hospitalar, no sentido de refletir sobre o que ocorre às enfermeiras e sua equipe neste ambiente.

O nascimento do hospital foi decorrente da necessidade de se higienizar

o meio social dos pobres, moribundos e vadios para que morressem segregados, sem perturbar a sociedade, como diz Foucault (1996), sendo um lugar de internamento onde se justapunham e se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas, como uma espécie de instrumento de exclusão, assistência e transformação espiritual.

No final do século XVIII, organiza-se o conhecimento médico-clínico, o qual participa da transformação do hospital, enquanto local de exclusão, para local de cura.

O personagem central do hospital até o século XVIII "*não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo*" (Pitta, 1994, p. 41). O pobre como pobre, tinha necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e possível contágio, era perigoso. Por estas razões, o hospital estava presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarnava.

A função de recuperação da saúde, a partir do tecnicismo científico, é fato relativamente recente. Somente na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, é que as outras camadas da sociedade passaram a compor a clientela dos hospitais. Neste momento, ocorreu uma preocupação significativa com as condições insalubres dos hospitais, uma vez que a sujeira, a promiscuidade e a superlotação favoreciam o contágio e, conseqüentemente, o aumento dos índices de doenças. Acredita-se que, a partir dessa necessidade de tornar-se aceitável, o hospital passa a executar ações terapêuticas efetivas e potencialmente eficazes junto aos doentes.

A inserção do saber médico, o surgimento da enfermagem, a

bacteriologia e os conceitos de assepsia contribuem consideravelmente para que ocorram avanços neste contexto.

Na enfermagem, é Florence Nightingale que oportuniza a reorganização do espaço terapêutico do doente, bem como a normatização da profissão, introduzindo a idéia de que esta profissão tinha uma característica diferente da medicina.

Considere-se que, com o advento e a expansão do capitalismo em nível mundial, impõe-se a necessidade social de se cuidar da saúde da força de trabalho, uma vez que era escassa, caracterizando-se assim, a preocupação de intervir individualmente sobre o sujeito, o que seria considerado pela racionalidade clínica. Embora hoje se possam acrescentar outras razões, algumas fruto da liberalização capitalista e da globalização, esta premissa ainda é válida como constatação geral.

Nesta perspectiva, o saber anátomo-fisiológico apresenta-se tendo o corpo doente como seu objeto de trabalho, sendo sua finalidade recuperá-los individualmente. Capra (1982), diz que a medicina começou a tratar o corpo como uma máquina composta por peças, sendo que a doença passou a ser vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, deixando de considerar o indivíduo como um todo.

O médico assume a coordenação e o controle deste processo de trabalho, uma vez que estabelece o diagnóstico e prescreve a terapêutica a ser utilizada em cada paciente. Com o passar do tempo, novos profissionais agregam-se a este processo, além da enfermeira, tornando-o coletivo. Entretanto, o médico permanece assumindo a parte mais intelectual do trabalho, mantendo a hegemonia do processo.

Um outro modelo que surge diante das necessidades sociais (epidemias) é o modelo de saúde coletiva, ou seja, aquele que tem como finalidade tratar as doenças como fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como saber que contribui fundamentalmente para esta nova visão.

Com a industrialização, o trabalho assistencial de saúde vai abandonando suas características artesanais, de *"ofício"* e absorvendo novas tecnologias, organizando-se como um processo tecnológico diferenciado entre a clínica e a epidemiologia.

A perspectiva de mudança do papel desempenhado pelo hospital, de *"depósito de excluídos da sociedade"* para *"local de cuidado, reabilitação, cura, com possibilidades de retorno a uma vida normal"*, precisa ser reavaliada, uma vez que, na prática, os hospitais continuam concentrando a parcela do *"mal"* da sociedade e escondendo-se atrás de um fetiche que é a promessa de cura e bem-estar. Muitas destas instituições, na tentativa de curar o paciente, anulam sua identidade, considerando-o apenas um número, um leito, uma patologia; submetendo-os a tratamentos e intervenções muitas vezes não desejadas por eles; isolando-os de seus familiares durante a internação, estabelecendo horários rígidos para visita; abandonando-os, às vezes, na hora da morte, momento tão importante na vida das pessoas.

É fundamental salientar que assim ocorre, porque os trabalhadores da saúde não estão instrumentalizados o suficiente para transformar o hospital naquilo que se deseja e se sonha, ou seja, um local de acolhida, solidariedade, compaixão, em que se utilize tecnologias adequadas à complexidade e necessidade de cada doente, sendo tratado como um ser humano, em um momento muito difícil.

Alguns profissionais da saúde, por sua formação acadêmica pouco humanizada e ética, consideram que, quando o prognóstico de morte eminente está estabelecido, sua função junto ao doente e seus familiares está terminada, o que contribui para que o hospital passe de um local capaz de oportunizar a reabilitação do sujeito a um morredouro, somente, e neste caso ainda medieval. Obviamente, isto não é fato comum a todas as instituições hospitalares. Entretanto, esta situação pode ser diferenciada naqueles hospitais em que seus trabalhadores já desenvolveram um nível de consciência que lhes permita estabelecer um diagnóstico da situação e considerar estratégias capazes de melhorar este panorama.

Determinado neste mesmo processo histórico, surge o processo de trabalho da enfermagem, o qual compõe um processo mais amplo que é o processo de trabalho na saúde.

Como afirma Gonçalves (1988), o trabalho em saúde não pode ser tomado como mercadoria de forma imediata, pois não produz bens materiais imediatos que servem como meio de produção de mais-valia e acumulação do capital.

A enfermagem enquanto trabalho e, portanto, prática social e histórica, situa-se na organização do processo de trabalho mais geral e, neste estudo, dentro do hospital e, mais precisamente, na unidade crítica, determinado, tanto pelas necessidades apresentadas, como pelas formas sociais aceitas para atender tais demandas.

Tem como uma das atividades o cuidado ao ser doente e sua família, o que resulta em um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades tais como a assistência ininterrupta aos pacientes nas vinte e

quatro horas, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas pré-estabelecidos para cada serviço, dentre outros aspectos.

A necessidade da existência e utilização das normas e rotinas nas instituições hospitalares é indiscutível e, se aplicadas com equilíbrio, é saudável, pois contribui para a organização adequada do processo de trabalho. O que deve ser repensado é a intransigência dos trabalhadores na flexibilização das mesmas, de acordo com a situação e momento, o que permitirá um novo planejamento que reorganize os instrumentos, o objeto e a força de trabalho atuante nas instituições hospitalares para concretizar a perspectiva de assistência ética almejada.

Para que isso ocorra, é necessário cada vez mais esforço dos trabalhadores em direção à desrotinização, para que a enfermagem realize um trabalho diferenciado, a partir de sua finalidade, instrumentos e, principalmente, levando em consideração a unicidade do sujeito enquanto portador de necessidades de saúde.

As normas e rotinas disciplinam o trabalho e, em algumas situações, podem servir como instrumentos de poder, como por exemplo, na verificação de sinais vitais e no banho de leito que são rotinas estabelecidas em horários fixos, sem se levar em consideração as reais necessidades dos pacientes. A possibilidade de resolver ou anular conflitos através delas, também pode ocorrer, quando a enfermeira, para não sofrer ou se indispor com outros trabalhadores ou familiares do paciente, usa-as como anteparo, minimizando os conflitos.

A rotinização e a fragmentação do trabalho através das normas e rotinas

pode contribuir também para o atendimento parcelado do paciente e, principalmente, dissociado do seu contexto de vida pessoal e familiar. A norma pode tornar-se perversa, quando ela é a finalidade em si, sendo um meio para estabelecer padrões de regularidade. Neste caso, pode obstaculizar a realização de um trabalho criativo o que, conseqüentemente, dificulta o desenvolvimento, a produção e a reprodução do homem enquanto trabalhador.

Com o objetivo de atender a pacientes graves com mais competência e segurança, foram criadas, dentro das instituições hospitalares, as unidades críticas. A eficiência e a eficácia dos serviços, a partir da reunião de trabalhadores de saúde treinados, recursos materiais adequados às necessidades e a utilização de tecnologias mais avançadas, aplicadas em unidades tais como a unidade de terapia intensiva, o centro cirúrgico, o pronto atendimento e a sala de parto, dentre outras, são as metas propostas para as mesmas.

Nos dias atuais, com a progressiva pauperização da população, associada à ineficiência do atual sistema de saúde, especialmente nos níveis primário e secundário, tem sido requerido um número maior de leitos em unidades críticas para atender às necessidades de saúde das pessoas, o que poderia ser minimizado ou resolvido mediante medidas drásticas e efetivas na área da prevenção da saúde.

A internação de pacientes em unidades críticas ocorre quando há necessidade de cuidados especiais, o agravamento das doenças, o risco iminente de vida, o que requer intervenções mais complexas, assistência de saúde ininterrupta e por um período mais prolongado.

Desta forma, os trabalhadores de saúde têm aí um processo de trabalho

diferenciado das unidades consideradas não críticas, pois, naqueles locais, situações inesperadas e críticas fazem parte do dia-a-dia, causando nos trabalhadores manifestações de ansiedade e níveis diferenciados de estresse, o que pode interferir significativamente na sua vida, quase sempre causando-lhes algum tipo de sofrimento, às vezes banalizado.

Nestas situações com pacientes que requerem cuidados especiais, alguns aspectos interferem no comportamento apresentado pelos trabalhadores de enfermagem, dentre eles a idade do paciente, as relações estabelecidas com a família, o tempo de internação na unidade, as relações afetivas construídas, o diagnóstico, o prognóstico, a assistência realizada pelos demais profissionais, a empatia com os sujeitos envolvidos neste processo.

Nestes locais, o inesperado e a morte não são abstrações, são reais e ocorrem com frequência, e isto fica evidenciado no cotidiano. As unidades críticas, como, por exemplo, a terapia intensiva, situam o profissional tanto diante da recuperação da vida como da ocorrência de agravos, impondo a ele limites naturais como é a inexorabilidade da morte.

Refletir sobre o processo de trabalho em unidades críticas não pode ser feito sem trazer à tona o cotidiano dessas pessoas, porque as situações experienciadas, seja pela densidade do trabalho, seja pela responsabilidade contínua que ele gera, não se esvaem quando o trabalho termina, de modo que as conseqüências podem ser mais duradouras do que se pensa. Heller (1991), em suas considerações, diz que a vida cotidiana é um espaço histórico do desenvolvimento individual e social, contínuo e, certamente, inclui o trabalho.

Trabalhar em unidades críticas implica para o trabalhador saber, de antemão, que deverá conviver cotidianamente com o sofrimento, a dor, a morte,

e também com situações de alegria e contentamento. Talvez o que deva ser mais explicitado é que o enfrentamento das dificuldades oriundas da organização do trabalho e também do próprio trabalhador, podem auxiliar a estes indivíduos a realizarem seu trabalho com mais prazer, tendo-o como uma possibilidade de construção e reconstrução de si mesmos.

Lima (1993), em sua dissertação de mestrado, realizada em cinco unidades de terapia intensiva do Distrito Federal, teve como objetivo caracterizar a assistência prestada por enfermeiros a pacientes internados e seus familiares. Ao analisar os dados, detectou que a assistência de enfermagem priorizava os aspectos técnico-biológicos, tendo a comunicação interpessoal limitada. A realização das atividades administrativas do enfermeiro demarcaram seu espaço em detrimento da assistência direta ao paciente, prevalecendo um trabalho solitário, com pouco estímulo ao estabelecimento de relações interpessoais positivas junto a pacientes, familiares e equipe de trabalho.

Percebeu também falhas administrativas e organizacionais ligadas a recursos humanos e materiais e à ausência de espaço nas unidades onde os profissionais pudessem refletir sobre seus conflitos, suas vivências diárias de satisfação, dor, ansiedade, estresse, experienciados nas unidades de terapia Intensiva junto a pacientes, familiares e colegas de trabalho.

Como evidenciado nesta dissertação de mestrado, o trabalho na enfermagem, na forma como está posto, muitas vezes tem trazido desgaste, sofrimento e provocado, por vezes, a perda da capacidade produtiva, ao contrário do que se deseja e sonha para os trabalhadores de enfermagem.

Gonzales (1995) diz que o trabalho da enfermagem pode carregar

consigo características que o tornam uma atividade ambígua, uma vez que o sofrimento da enfermeira é também decorrente da percepção do sofrimento do outro, principalmente quando a sua intervenção é limitada. De um lado, uma certa gratificação pelo alívio do sofrimento do outro; de outro, uma certa insatisfação com as condições e limites impostos por si mesmo e pelo ambiente de trabalho.

Este sentimento de gratificação por promover o alívio do sofrimento do outro pode significar a reposição de energias, a busca do ponto de equilíbrio, o bem-estar, a cicatrização de feridas deixadas pelo sofrimento vivido pelos trabalhadores de enfermagem, o que permite que façam novos enfrentamentos e desempenhem melhor seu trabalho.

Leopardi (1994, p. 181) assegura que

... nada está perdido, através da retomada de nossa identidade, nada está perdido pela retomada da vida como fonte de alegria, criatividade e prazer. O sofrimento e a dor tomam seus lugares na nossa vida, pela impossibilidade de se limitá-los, mas não serão mais as únicas experiências.

Isso requer, porém, antes de tudo, uma perspectiva não alienada da produção, da sociabilidade, para que as situações vivenciadas sejam sempre significativas.

Os eventos que ocorrem nestas unidades como, por exemplo, o óbito inesperado, a inexistência de leitos para pacientes graves que, se não receberem assistência intensiva, têm poucas chances de sobreviver, evidenciam ao trabalhador de saúde sua incapacidade de manter o outro vivo, mobilizando muitos sentimentos, dentre eles a impotência, a tristeza, a ira, a perda do controle da situação.

Diante destas e de outras situações críticas, as crises que acometem os trabalhadores de enfermagem podem decorrer da vivência de situações relacionadas à organização do trabalho (número insuficiente de profissionais em número e qualificação, a carência de recursos materiais, condições inadequadas de trabalho); aquelas atinentes aos profissionais de enfermagem (carência de condições físicas, emocionais, espirituais, por exemplo) e outras situações que também podem ocasionar crises como, por exemplo, as mudanças gradativas ou súbitas no quadro clínico do paciente, a situação de coma, a seqüela, a agonia lúcida, a emergência, a alta a pedido (com ou sem condições clínicas do paciente).

Pelo tipo de trabalho desenvolvido, é possível que, com o passar do tempo, se os eventos estressantes perdurarem além da capacidade de serem absorvidos, os trabalhadores apresentem sinais de sofrimento psíquico e físico que requerem tratamento específico, para que possam reencontrar no trabalho a possibilidade de expressarem-se criativa e prazerosamente.

Para Dejours (1994), a subjetividade da relação homem-trabalho tem efeitos concretos e reais que se manifestam, por exemplo, no absenteísmo, no engajamento excessivo a uma tarefa por parte do trabalhador e muitas vezes no amortecimento do corpo e do espírito, como forma de sobreviver. E esta parece ser uma condição para a banalização do sofrimento.

O trabalho de equipe em unidades críticas gera descompassos e, muitas vezes, tensão, pelas suas peculiaridades e, também, pela dificuldade de realizá-lo interdisciplinarmente, sem que surjam imposições de poderes. Através da interdisciplinaridade, cada um deveria ser capaz de interagir com o outro, mantendo a especificidade do seu campo de saber, na tentativa de alcançar um

objetivo comum (o bem-estar, a recuperação do doente ou sua morte com dignidade) e de superar a dicotomia entre o conhecimento teórico e prático, o que geraria mais conforto, pela possibilidade de gerar expectativas mais adequadas. Leopardi (1998, p.2) diz que

... carecemos de capacidade para nos juntarmos, no sentido de pensar socialmente as soluções para os problemas que encontramos em todas as áreas com as quais nos deparamos. Carecemos de juntar nossos saberes todos, como cúmplices em uma esperança, como parceiros em uma construção cotidiana de novas possibilidades de vida.

Para que este trabalho seja frutífero, é essencial que a equipe delineie sua filosofia de trabalho enquanto coletividade e estabeleça uma comunicação eficiente, incluindo neste rol aquela mantida com o paciente e sua família.

Segundo Taylor (1992), estas situações podem levar os trabalhadores a um estado de crise, e as autoridades de saúde mental definem como

... um estado de desequilíbrio resultando da interação de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender as demandas da situação, combinando com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento (p. 371).

Portanto, a crise refere-se ao processo interacional entre três variáveis (o evento, seu significado para o indivíduo ou família e sua incapacidade de manejá-lo), que é refletida no estado emocional do indivíduo.

As crises podem significar perigo, em termos inclusive de comprometimento da saúde e oportunidade, pela receptividade terapêutica neste período e pelas possibilidades de revisão de conceitos, crenças e valores, podendo originar novos padrões de comportamento, os quais permitam aos trabalhadores estar presentes junto ao paciente, de forma solidária e empática.

Continuando, Taylor (1992) diz que os eventos que podem precipitar um estado de crise são os eventos relacionados ao desenvolvimento (eventos de desenvolvimento) e os eventos vinculados a uma determinada situação (denominados situacionais).

Os eventos de desenvolvimento são aqueles relativos aos fatos naturais da vida, como por exemplo, o nascimento de um filho, o primeiro emprego, podendo ser previsíveis. Já os eventos situacionais são aqueles que não se pode prever, sendo inesperados. Neste estudo, serão focalizados os eventos situacionais que ocorrem nas unidades críticas e que podem interferir no modo de enfrentamento do sofrimento no trabalho e na vida do trabalhador, independentemente de serem identificados ou não por eles. /

Os eventos situacionais potencialmente capazes de gerar crises nos trabalhadores também estão associados a aspectos como a organização do trabalho e aspectos subjetivos relacionados ao próprio trabalhador. Os relacionados à organização do trabalho podem envolver desde o ambiente até as relações interpessoais travadas no local de trabalho. No que se refere ao trabalhador, é relevante dizer que ele está vendendo sua força de trabalho em troca de uma remuneração que possa garantir condições de moradia, alimentação, vestuário, dentre outros.

Os trabalhadores que desempenham seu trabalho junto a pacientes graves devem trabalhar para que a vivência do sofrimento e da dor do outro não se torne seu próprio sofrimento, mas isso não significa ignorar essas experiências. Ele é uma pessoa, tem esperanças, desesperanças, expectativas e vive a contingência de ter que fazer este enfrentamento diário com a vida e com a morte.

É importante salientar que, para se ter uma crise, é necessário estabelecer um estado de desequilíbrio em que se aglutina o evento nocivo para o sujeito associado ao seu significado e aos mecanismos de manejo disponíveis, e que o processo educativo pode ajudar o indivíduo e a família a se prepararem para os eventos previsíveis, sendo este processo denominado de "*orientação antecipatória*".

Uma característica do estado de crise é que raramente afeta o indivíduo, sem também afetar outras pessoas significativas do seu sistema, sendo, na maioria das vezes, o grupo familiar.

Algumas características compõem a crise, destacando-se, dentre elas, a ansiedade, o tempo de duração e a expansão da crise que é vivida pelo indivíduo e pelas pessoas significativas no seu apoio social.

A ansiedade é a base para este comportamento, sendo que pode se manifestar através da depressão e da cólera. Como a ansiedade mantida por mais tempo pode causar danos à organização da personalidade, o indivíduo, consciente ou inconscientemente, irá buscar formas de reorganizar-se, livrando-se desta emoção insuportável.

Para Menzies, *apud* Pitta (1994), os sentimentos e ansiedades profundos e intensos que o trabalhador de saúde pode apresentar, prendem-se, fundamentalmente, ao fato de assumirem os cuidados de pessoas doentes, que por esta ou aquela razão, não podem ser tratados em suas próprias casas e que apresentam um leque de possibilidades quanto ao prognóstico que vai da cura à morte. A referida autora diz ainda que, executar continuamente tarefas desagradáveis ou repulsivas, implica em exercícios de adaptação cotidiana e

também no desenvolvimento de mecanismos de defesa socialmente aceitos.

A intensidade da ansiedade vai depender da forma como as pessoas lidam com estas situações, seus valores e expectativas. Se a crise for vivida com relativo equilíbrio, pode contribuir para o crescimento pessoal; caso contrário, poderá ocasionar transtornos de ordem psíquica ou física.

Neste estudo, a crise pode ser caracterizada pela rotinização e automatização do trabalho, pelo permanente estado de alerta dos trabalhadores e pela banalização do sofrimento vivido pela enfermeira e auxiliares de enfermagem, decorrente da assistência ao doente e da sua vida como um todo.

Muitos desses trabalhadores não apresentam sinais de crise no trabalho, uma vez que não refletem sobre os acontecimentos do dia-a-dia e, portanto, podem banalizar sua atividade, a situação do paciente e o sofrimento decorrente disso.

Geissler, *apud* Dal Sasso (1994), refere que, quando o quadro de ansiedade agrava-se, pode levar ao estresse e, nesta direção, observa que o evento que precipita uma situação de crise pode ser descrito como um estressor, e a crise como uma continuação do estresse relacionado ao evento perigoso. Para este mesmo autor, a crise é definida como um potencial para o crescimento, com uma conotação mais positiva que serve para elevar o nível de saúde mental do ser humano, desde que enfrentada adequadamente.

Taylor (1992) diz ainda que os eventos nocivos ao sujeito, capazes de contribuir para o surgimento da crise, organizam-se em três grupos que são:

- a) os que ameaçam as necessidades instintuais ou a integridade da pessoa;

- b) os que representam uma perda que pode ser real ou percebida;
- c) aqueles que representam um desafio.

Estes eventos nocivos podem ocasionar reações nos indivíduos que se expressam através das fases apresentadas a seguir:

- ✓ *fase da negação*, que é um mecanismo de defesa que a mente usa, inconscientemente, para proteger-se de uma ataque súbito de ansiedade.
- ✓ *fase do aumento da tensão*, em que as pessoas mantêm suas atividades diárias, mas continuam tentando manejar uma ansiedade crescente.
- ✓ *fase da desorganização*, em que aqueles que estão em crise parecem “desmoronar, perder a cabeça”, podendo, neste momento, abandonar suas atividades cotidianas e buscar auxílio profissional, tornando-se obsessivamente preocupadas com o evento.
- ✓ *fase caracterizada como tentativas de reorganização*, em que os indivíduos em crise procuram utilizar seus mecanismos de manejo, usados anteriormente para lidar com a ocorrência atual.

É importante salientar que a tentativa de resolução da crise pode ser bem sucedida ou mal-sucedida, quando o indivíduo adota meios patológicos de adaptação que servem para obscurecer a crise.

A pseudo-resolução é caracterizada quando a crise é reprimida, e o indivíduo não aprendeu qualquer coisa com o evento e perdeu a oportunidade para aumentar seus repertórios de respostas adaptadas.

Para Carrasco (1992), uma faceta do comportamento das enfermeiras que pode gerar e nutrir crises é o autoritarismo, por vezes presente no grupo profissional, possivelmente decorrente das origens da profissão e solidificadas na questão de gênero na enfermagem, uma vez que esta profissão é composta por um contingente muito grande de mulheres que atuam no mesmo ambiente, com atribuições e níveis hierárquicos diversos.

Diante de uma série de dificuldades que a enfermeira enfrenta, no sentido de qualificar sua vida profissional e pessoal, a banalização das crises pode ser um dos comportamentos que participam deste processo. Mas é essencial dizer que a banalização das crises não anula o sofrimento das enfermeiras e auxiliares de enfermagem; ao contrário, permite que ele seja escondido, não elucidado e potencializado, uma vez que não é enfrentado pelos trabalhadores. A necessidade de manter o que está posto e o sofrimento decorrente deste enfrentamento doloroso, podem ser razões que justifiquem estas ações.

Os trabalhadores de saúde, a partir de situações de crises mal resolvidas, podem desenvolver atitudes profissionais negativas, como a baixa auto-estima, a perda de interesse pela profissão e pelo bem-estar do paciente, o que poderá acarretar danos tanto para eles quanto para os pacientes.

Frente a esta situação, é possível que se sintam insatisfeitas no desempenho do seu trabalho e que associem à enfermagem, uma cota de sofrimento como parte indissociável da profissão, parte do ofício.

As crises pelas quais passam os trabalhadores da enfermagem podem decorrer de várias situações, sejam elas crises decorrentes de situações inerentes a eles (internas) ou institucionais e relativas à organização do próprio

trabalho (externas).

Dentre as crises relacionadas ao trabalhador de enfermagem, destacam-se as dificuldades de relacionar-se consigo mesmo (a auto-imagem negativa, a carência do autoconhecimento, questionamento sobre por que optou por trabalhar cotidianamente com a dor e o sofrimento, dentre outras. As situações de crise relacionadas com os outros envolve a falta de empatia e a comunicação deficiente.

Neste aspecto, é necessário evidenciar a dicotomia entre o perfil de enfermeira estabelecido pela sociedade, associado à questão de gênero e as dificuldades inerentes às pessoas, de um modo geral, no desenvolvimento do seu trabalho. Fonseca (1996, p. 65) assegura que *“o ser enfermeira embute-se, portanto, no ser mulher e, mais, no ser mulher com atributos da mãe, pura, honesta, disponível, delicada e abnegada”*. A questão que fica posta é a seguinte: como associar estes atributos *“angelicais”* às pessoas concretas que são as enfermeiras ?

Associo a isto a consideração de Heller (1991) que o homem, para conhecer-se, necessita reconhecer que tem qualidades inatas (da natureza) e que estas o acompanham durante toda sua vida, sendo socializadas. Ao longo de sua existência, outras qualidades vão surgindo, e o homem necessita cultivá-las, pois este é um critério mínimo sem o qual é impossível apropriar-se da sua vida cotidiana. Esta apropriação permite o desenvolvimento do sentimento de autoconservação, da consciência do eu, os quais surgem a partir da conscientização acerca do mundo.

A autoconsciência é fonte geradora de toda paixão, afeto, motivação e,

inclusive, do comportamento moral, sem o qual não existiria a vida humana. Portanto, quando não há um certo grau de autoconsciência, e as enfermeiras não refletem sobre seus atos e comportamentos, correm o risco de fazerem mal a seus pacientes e a si mesmas, pensando estar fazendo o melhor. A autoconservação é uma característica que o homem vai desenvolvendo e se apropriando ao longo do tempo, e é possível que este conteúdo vá se perdendo pela rotinização do mal, e que a enfermeira transforme este sentimento de diferenciação dos demais sujeitos em indiferenciação, homogeneização. Logo, torna-se mais um, sem características que os diferencie dos demais. /

Esta questão torna-se banalizada, quando se defende a unicidade dos indivíduos, sejam profissionais ou doentes, mas se pretende que todos sejam tratados de maneira idêntica. Como atuar da mesma forma, em diferentes cenários e com diferentes personagens?

Quando isto é vivido, a tendência é transpor a ausência de auto preservação para o paciente, reconhecendo-o como um número e estimulando-o para que não reclame e aceite a assistência que recebe sem questionar.

Para Pitta (1994, p. 18),

... é o trabalho do pessoal que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, a doença e a morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos. ~

Outro aspecto causador da crise é a hierarquização, com a qual se estabeleceu que as enfermeiras planejam a assistência e cuidam dos pacientes mais graves e os auxiliares de enfermagem a implementam, sendo menos valorizados socialmente. Isto mantém o poder e a divisão entre os que pensam (trabalho intelectual) e os que executam as atividades (trabalho manual),

podendo ser um ponto importante na geração de eventos propiciadores de crises na equipe de enfermagem.

O relacionamento interpessoal entre os integrantes da equipe de saúde também pode tornar-se difícil, uma vez que são diferentes pessoas, com diferentes atribuições e que lidam continuamente com pessoas doentes.

O distanciamento existente entre os profissionais da saúde, pacientes e familiares, quando ainda não há consciência por parte dos envolvidos dos seus direitos e deveres, especialmente nas questões que dizem respeito à revelação do diagnóstico, do prognóstico, eficácia do tratamento, é outro item importante para ser ressaltado.

Entre os trabalhadores de enfermagem, pacientes e familiares, isso também ocorre e é ainda muito evidenciado, visto que há a percepção de que envolver-se genuinamente com o paciente, implica em "*carregar sozinha este sofrimento*", o que pode ser revertido a partir do compartilhamento com os colegas (o que auxiliará na construção de mecanismos apropriados para o manejo da ansiedade) e da percepção de que este envolvimento emocional é parte indissociável da qualidade da assistência que se deseja oferecer aos pacientes.

É complexo discutir esta questão, mas se pode perguntar quais estratégias podem ser utilizadas para auxiliar os trabalhadores. Algumas "*pistas*" podem surgir, baseadas nas situações colocadas anteriormente.

É preciso ter consciência da existência de problemas, dimensionando-os e buscando alternativas eficazes para solucioná-los, o que vai refletir na melhoria da vida do trabalhador e, conseqüentemente, do seu trabalho.

Taylor (1992) afirma que as intervenções na crise têm como objetivo auxiliar pessoas essencialmente saudáveis e que estão em desequilíbrio momentâneo, a ajudarem a si mesmas, através do manejo eficaz de suas emoções. A resolução bem-sucedida das situações de crises pode contribuir para o desenvolvimento de um repertório mais amplo de mecanismos adaptativos, o que pode evitar a doença e promover a saúde mental das pessoas.

É importante salientar que viver a crise com profundidade, compartilhando com os colegas de trabalho, pode possibilitar ao trabalhador crescimento pessoal, uma vez que, apesar das diferenças individuais, as dificuldades são semelhantes.

Em algumas unidades críticas ainda não há espaço institucional que acolha essas discussões, o que se expressa pela ausência de grupos de apoio e de espaços para compartilhar o sofrimento com os demais trabalhadores da área da saúde. Isso precisa ser repensado e redefinido, uma vez que não há formas de dissociar o trabalhador da sua atividade profissional nem subvalorizar o seu conhecimento na área da saúde.

Ter consciência destas possibilidades, reconhecer sintomas de ansiedade em si mesmo e nos outros, admitir que a ansiedade pode ser vivida construtivamente, observar e decodificar sua linguagem não-verbal, pode auxiliar as enfermeiras a entender com mais facilidade alguns comportamentos seus, de pacientes e familiares e não rechaçá-los imediatamente (Silva, 1996).

Estes aspectos podem contribuir para a não banalização de muitas situações, por exemplo, a necessidade de desenvolver seu processo de auto-conhecimento, da carência de amor e de afeto por parte do trabalhador de

enfermagem e de muitos doentes, da necessidade de toque que as pessoas têm (especialmente as enfermas).

Reconhecer e buscar formas mais sadias e menos prejudiciais para as pessoas relacionarem-se é um passo fundamental para os trabalhadores de enfermagem e seus pacientes, pois isto pode transformar estes momentos de sofrimento e de estresse em situações de aprendizado para todos.

Travelbee (1982) diz que três atitudes são essenciais para caracterizar a saúde mental de um indivíduo, ou seja: atitude para amar (amar a si mesmo, transcender e amar os outros); a capacidade para enfrentar a realidade (conhecer a realidade, escutar-se e agir com maturidade) e capacidade para encontrar sentido na vida (especialmente diante da dor e do sofrimento).

Estas atitudes, quando trabalhadas, individualmente ou em grupo pelas enfermeiras, poderão auxiliar efetivamente no enfrentamento das crises e também no crescimento destes sujeitos, transformando seu cotidiano em algo que os enriqueça como trabalhador e ser humano.

Leopardi (1994) considera ainda que, antes de sermos trabalhadores, somos pessoas, e que precisamos buscar a realização pessoal, o que, sem dúvida, refletirá em todas as etapas da vida, incluindo o próprio processo de trabalho.

Em geral, as instituições de saúde e as instituições formadoras de pessoal não têm valorizado a saúde mental do trabalhador. Repensar os modelos profissionais na área da saúde fornecidos pela academia, ou seja, como os docentes trabalham estas questões nas aulas teóricas e práticas, é outro ponto importante para questionamento. Será que no ensino trabalha-se

com concretude ou somente com teorização? Os docentes mostram-se como pessoas ou somente como profissionais competentes que não choram, não demonstram nunca seu sofrimento, não se emocionam, porque isto pode significar fraqueza ?

As vivências dos trabalhadores de saúde nas situações de crise são incorporadas diferentemente, porque cada um vive à sua maneira (de acordo com sua história de vida), sendo reforçadas, porque eles mantêm um contato prolongado com os pacientes, sujeitos também em crise.

Este trabalhador que se propõe a fazer um enfrentamento diário com a vida e com a morte, tem oportunidades diárias de acompanhar os momentos finais de um paciente que vai morrer e também de vivenciar a recuperação de outros que são cuidados por ele.

A morte, para o paciente e seus familiares, pode representar o limite extremo do sofrimento. Para os profissionais de saúde, pode significar incompetência, inabilidade, conduzindo-os a um sentimento de impotência. Mas a banalização pode ser entendida também a partir da reprodução de conceitos e de esteriótipos que são estabelecidos pela sociedade e que se espera que os indivíduos os utilizem em determinadas situações. O enfrentamento da morte, por exemplo, depende de vários aspectos, dentre eles, dos valores e crenças que as pessoas têm acerca do processo de viver, adoecer e morrer. É preciso lidar com a doença e a morte, sem imobilizar-se porque ela perturba muito os trabalhadores de saúde e, de acordo com Kestenberg *et al.* (1992, p.256), "*o homem, ao conscientizar-se da possibilidade imediata de sua própria morte, é levado a rever as prioridades e os valores da sua existência, relativizando o que até então era absoluto*".

Para fazer frente a essas dificuldades, Taylor (1992), Pitta (1994), Dejours (1992, 1994, 1999) citam a utilização de mecanismos de defesa e de estratégias defensivas utilizadas individual ou coletivamente pelo trabalhador que se fazem presentes quando a ansiedade alcança níveis elevados, e é preciso manejar com os mesmos. Estes mecanismos têm a finalidade principal de ajudar o indivíduo a anular o sofrimento, a fugir da ansiedade, da culpa, da incerteza, na complexa relação com pacientes na instituição hospitalar.

Para Pitta (1994), as estratégias defensivas também são utilizadas com o objetivo de reduzir a sobrecarga emocional, sendo destacadas dentre elas: a coesão interna entre funcionários, a hiperatividade verbal ou cinética, o absenteísmo devido a doenças psicossomáticas, a verbalização diante dos pacientes de questões não vinculadas ao trabalho e a agressividade reativa dos trabalhadores de saúde frente aos colegas, pacientes e familiares.

A utilização dos mecanismos de defesa é um processo diferenciado da banalização do sofrimento, pois quando o sofrimento torna-se banal, comum, passa a ser considerado intrínseco ao trabalho da enfermagem e, obviamente, é aceito como tal, não necessitando tais estratégias.

Escrever sobre a banalização do sofrimento é um desafio, uma vez que se encontra pouco material bibliográfico a este respeito, sendo o texto a seguir baseado em Carvalho (1987) e Diel (1991), dos poucos autores que já trabalharam com esta temática.

Carvalho (1987), antes de discutir a banalização propriamente dita, inicia a reflexão trazendo à tona a questão do "*ideal*", entendido por ele como algo que concilia, no homem, o desejo de auto-afirmação, autodefesa, de

permanência, com o impulso de crescimento, de doação e de superação de si. Mas não basta que a meta seja bela, é preciso que seja verdadeira e justa. É a síntese desta tripla exigência, intelectual, estética e moral que se denomina “*ideal*”.

Para ele, o ideal é o caminho pelo qual as aspirações individuais de felicidade distribuem-se nos sulcos já abertos da realidade exterior, saem da redoma do sonho e ganham um corpo no cenário maior dos fatos e das coisas. É a síntese em que se fundem, numa só palavra e energia, a idéia do sentido da vida e do preço de sua realização: diz-se que um homem tem ideal quando ele sabe em que direção ir para tornar-se aquilo que almeja e quando está firmemente decidido a ir nessa direção.

Sem um ideal definido, todas as melhores aspirações não passam de sonhos, porque não há um dever moral imanente a exigir que se amoldem à realidade, que se limitem em extensão para realizar-se em intensidade. Só o homem idealista é realista, os demais são sonhadores ou cínicos. Não tendo uma medida do que as coisas deveriam ser, vêem-nas melhores ou piores do que são.

Na psicologia e psicoterapia de Diel, a divindade é a imagem ideal que orienta todos os esforços para a auto-realização das qualidades superiores do homem e é a meta obrigatória e universal da existência humana sobre a terra, sendo que a perda deste ideal é a causa das neuroses. Para ele, o ideal da perfeição pode ser corrompido ou desviado, basicamente, de duas maneiras que Diel chama de exaltação imaginativa e de banalização.

A exaltação imaginativa é um estado em que a mente, embevecida com

o seu ideal, identifica-se mais ou menos inconscientemente com ele e atribui a si as perfeições que a ele pertencem, como se já as tivesse realizado. O símbolo por excelência da exaltação imaginativa é o vôo de Ícaro, no qual as asas de cera representam a força da imaginação que só pode levar ao ar um corpo imaginário. O exaltado imagina possuir as perfeições a que aspira. Portanto, sente-se estranho e impotente diante de um mundo que não cede como ele esperava aos seus encantos e poderes. Acuado pelas exigências da realidade, ele exacerba ainda mais sua adoração por si mesmo, diante de um mundo que ele julga vil, mesquinho e incompreensível, quando, na verdade, é ele que não compreende o mundo e, por não compreendê-lo, está impotente para agir. Neste estudo, tendo em vista a sua temática, a banalização será o foco de maior discussão.

Na banalização, o processo acontece de maneira contrária, ou seja, ao invés do indivíduo abandonar a auto-exaltação, assumir uma postura humilde perante o ideal, ele vai, ao contrário, desidentificar-se do ideal, para poder abandoná-lo, sem perder o sentimento da sua superioridade. Neste caso, há um amortecimento da sensibilidade e, portanto, uma nova forma de ver o mundo.

A passagem da exaltação à banalização perfaz, então, uma mudança, acarretando uma inversão total de valores, instalando o mal no lugar do bem. A alma doente enreda-se numa trama de racionalizações e sofismas, destinada a erguer ante seus próprios olhos um simulacro verossímil de inocência, traíndo a vocação humana e o sentido da vida.

Os desejos, fonte de toda tensão interior, não podendo mais ser contidos, fazem com que a energia psíquica cesse de acumular-se. O trabalho

intrapésíquico, a "*combustão*" de energia bruta dos desejos, diminui. O "*fogo*" interior apaga-se e a conseqüência disso é a falta de pensamentos lúcidos (luz do espírito) e de sentimentos fortes (calor da alma). A esfera supraconsciente e a espiritual morrem, e com elas, toda a possibilidade de prazer intenso. A felicidade, sentido último da vida, é ameaçada como conseqüência da perda gradual da visão das exigências sublimes.

O homem banalizado perde gradualmente sua personalidade. Sua vida, desprovida de qualquer direção interior, regula-se pelas convenções sociais, a opinião pública e os preconceitos da época, sendo completamente determinado pelo meio social. É animado unicamente pela culpabilidade convencional: o medo do escândalo, a angústia diante da opinião dos outros.

Do ponto de vista causal, entram em jogo, no processo de banalização, fatores endógenos e exógenos. Os endógenos são aqueles que já estão dados na alma do indivíduo, levados em conta pela análise psicológica corrente: tendências hereditárias, traumas da infância, falhas na educação, entre outras. Estes fatores exercem um papel predisponente, que em nada pesa se não é valorizado pela interferência de fatores exógenos. Estes consistem, essencialmente, nos estímulos que a sociedade favorece ou desfavorece na manutenção dos ideais e na realização humana.

Banalizar as crises pode ser uma das alternativas, dentre as menos saudáveis, que os trabalhadores de enfermagem utilizam para fazer frente ao seu sofrimento.

Em síntese, este estudo teve como proposta apresentar algumas questões para reflexão no sentido de perceber como as crises e o sofrimento

vivido pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem no cuidado do paciente hospitalizado podem ser banalizadas, a ponto de serem negadas e/ou esquecidas. Este fato pode trazer conseqüências indesejáveis, tanto para os trabalhadores quanto para seus pacientes, interferindo na qualidade da assistência de enfermagem.

Na sociedade atual, o mal, de uma maneira geral, está banalizado, parecendo que as pessoas acostumaram-se com as tristezas, com as injustiças de toda ordem, com a imoralidade, incluindo-o como parte senão saudável, pelo menos, aceitável, deste cotidiano.

Assim, mesmo em instituições destinadas a lidar com o sofrimento, as cargas psico-físicas de um trabalho extenuante são consideradas plausíveis, de modo que os trabalhadores parecem assinar contratos simbólicos junto com seus contratos explícitos, ou seja, de que são pagos para suportar mais do que a maioria dos trabalhadores. Afinal, como reclamar de "*pequenas*" mazelas diante de tanta dor?

É importante salientar que o trabalho desempenhado pela enfermagem nas instituições hospitalares é diferenciado dos demais trabalhos executados pelos outros profissionais da saúde. É contínuo, desgastante, exaustivo, desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o doente, mas também capaz de proporcionar alegria, satisfação e prazer, sem os quais seria praticamente impossível continuar na profissão.

Em consonância com estes aspectos, o hospital é uma instituição especial, porque confina doentes com o intuito de curá-los para devolvê-los à sociedade. E é neste cenário que encontramos os trabalhadores de

enfermagem no seu cotidiano, enfrentando crises originárias dos problemas institucionais, da própria profissão e aquelas vinculadas às dificuldades pessoais.

Refletir sobre as crises vivenciadas pelos trabalhadores no hospital é tarefa complexa, principalmente porque a banalização do mal (neste caso a doença, o sofrimento) nem sempre é refletida por eles, o que pode oportunizar ações automáticas e rotinizadas, não levando em conta o contexto e as condições apresentadas pelos pacientes e seus familiares. Isso é encontrado em Arendt (1995, p. 115), quando diz que "*o problema radica precisamente no fato de que para causar um grande mal não é necessário um mau coração, fenômeno relativamente raro*". Portanto, em termos Kantianos, para prevenir o mal, necessitar-se-ia da filosofia e o exercício da razão como faculdade do pensamento.

Trata-se de uma banalização que leva do cansaço mental ao desconforto físico do trabalhador após longas horas de trabalho, a ser encarado como inerente à profissão, promovendo uma naturalização do sofrimento como forma de aceitação do mesmo, o que vem a descaracterizá-lo, tornando-se uma carência de consciência da situação e, portanto podendo conduzir o trabalhador a um estado de alienação.

Isto pode provocar uma imobilização do indivíduo, impedindo-o de intervir objetivamente sobre a realidade para melhorar a organização e as condições do seu trabalho, intervindo sobre o ambiente, as relações com seus parceiros, a sua vida.

Entretanto, para que este panorama possa sofrer transformações, é

necessário admitir que a rotinização do trabalho de enfermagem e a banalização do sofrimento dos trabalhadores são problemas a serem resolvidos, para então traçar estratégias capazes de solucioná-los.

Outro aspecto importante é refletir como a academia está formando estes profissionais, que modelos têm norteado sua formação nas escolas de enfermagem, pois este é um referencial essencial para estabelecer as possibilidades futuras da profissão.

Discutir com as enfermeiras e sua equipe a utilização de mecanismos de defesa é importante porque, a partir daí, poderá ser elucidada a importância e necessidade de uso dos mesmos, a diferença existente entre eles e a banalização do sofrimento tanto do paciente quanto do próprio profissional, pois "*naturalizá-lo*" significa não estabelecer a necessidade de intervenção.

Como preconiza Travelbee (1982), amar a si mesma e ao outro, enfrentar a realidade e buscar continuamente o sentido da vida, são atitudes que podem auxiliar no enfrentamento das crises, sejam elas de ordem pessoal ou oriundas do trabalho. Além disso, estabelecer laços afetivos com os membros da equipe de trabalho, compartilhando sentimentos e desenvolvendo o auto-conhecimento, podem contribuir para a construção de trabalhadores mais ajustados e felizes.

É vital, portanto, que os trabalhadores de enfermagem revisem, enquanto prestadores de cuidado, o que fazem, como fazem, por que fazem, o que sentem e que conseqüências estas atitudes têm para os pacientes e para si mesmos.

Szasz (1994) diz que a medicina falha justamente por deixar de dizer o

que se deveria saber: o que é dano e o que é ajuda para as pessoas necessitadas de amparo. Outro aspecto salientado por ele é que “*prejudicar pessoas a pretexto de ajudá-las é um dos passatempos favoritos da humanidade*” (1994, p. 21) e que a compaixão, neste caso, não é, necessariamente, uma virtude. Isto vai depender de como são percebidos, sentidos e vividos estes sentimentos tão presentes no dia-a-dia dos trabalhadores que assistem pessoas doentes.

Para se alcançar este patamar de evolução nas ações profissionais, precisamos de tempo, de muito empenho dos trabalhadores de enfermagem, da consciência que estas coisas estão postas no dia-a-dia e da busca de crescimento pessoal.

É provável que estas mudanças demorem algum tempo para ocorrer. No entanto, é preciso começar a empreender a busca, pois pacientes, familiares e trabalhadores carecem delas para viver melhor.

3 Percurso Metodológico

O pesquisador (...) não está fora da realidade que ele investiga. O real que ele conhece é aquele que ele realiza, e sua objetividade é uma construção que se dialetiza no processo de objetivação e subjetivação. Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa.

Minayo (1994: 250).

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa da área humano-social, do tipo exploratório-descritiva, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa, por entender que a temática comporta este tipo de conduta investigativa.

A pesquisa qualitativa foi entendida como uma abordagem adequada para compreender a problemática a ser estudada, porque, de acordo com Triviños (1987, p.122), "as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece". O autor refere, ainda, que este tipo de pesquisa permite compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem criar as situações artificialmente, as quais mascaram a realidade ou levam a interpretações ou generalizações equivocadas.

Para Haguette (1987, p. 20),

... as metodologias qualitativas são vistas não como alternativas aos modelos quantitativos, mas como uma necessidade e uma urgência dentro da sociologia para aqueles que estão convencidos de que a sociedade é uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social, individual e grupal.

3.1 OS CENÁRIOS DA PESQUISA

Este trabalho foi desenvolvido em dois hospitais, sendo um público,

federal, referência regional e de ensino - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e o outro, uma instituição privada sem fins lucrativos, o Hospital de Caridade "Dr. Astrogildo César de Azevedo" (HCACA), com características bastante diversas do Hospital Universitário, sendo ambos localizados na cidade de Santa Maria/RS.

A eleição destes dois hospitais deveu-se ao fato de não existirem outras unidades críticas nos demais instituições hospitalares da cidade.

O município de Santa Maria possui cerca de 280 mil habitantes, sendo parte população permanente e parte flutuante (estudantes e militares). Está localizado na região central do Rio Grande do Sul e a cidade é conhecida como "*Cidade Universitária*", por ter uma universidade federal e outras instituições particulares de ensino superior.

A saúde é municipalizada, e a Coordenação da Área da Saúde do município é realizada pela 4ª Delegacia Regional da Saúde do Estado e pela Secretaria de Saúde do Município.

O *Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM* foi criado em 1970 e reestruturado em 1980, sendo transformado em órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O referido hospital tem como finalidade

... constituir-se como centro médico e hospitalar de elevado nível científico, técnico e administrativo, integrando-se e hierarquizando-se com a rede regional como hospital de referência e também como campo de ensino prático para os alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, em especial da área da saúde, de maneira a permitir o alcance dos objetivos curriculares dos cursos (Regimento Interno do HUSM/88).

É composto por 18 unidades, incluindo ambulatórios, unidades de

clínica médica e cirúrgica, unidades críticas como unidade de terapia intensiva de recém-nascidos, pediátrica e de adultos, serviço de hematologia, serviço de nefrologia, serviço de pronto-atendimento e também serviços auxiliares de diagnóstico como raio x, eletroencefalografia, eletrocardiografia, dentre outros.

Tem 273 leitos que são utilizados para internação e 38 leitos bloqueados devido falta de condições operacionais, perfazendo um total de 311 leitos hospitalares.

Os trabalhadores das áreas administrativas e de enfermagem são contratados e lotados exclusivamente no HUSM, sendo que o corpo clínico do hospital é formado pelos docentes do curso de medicina (o que tem trazido problemas, pois a cobertura médica fica comprometida, especialmente nos finais de semana e feriados) e por médicos contratados via Consórcio Intermunicipal de Saúde (o que também inclui outros profissionais como enfermeiras e auxiliares de enfermagem).

O Convênio Intermunicipal de Saúde foi realizado entre o Hospital Universitário de Santa Maria e algumas cidades da região, a partir de um contrato que prevê o atendimento de pacientes destas localidades com fichas especiais para os mesmos. Em contrapartida, estas cidades custeiam o pagamento de profissionais da saúde lotados nesta instituição.

As unidades críticas³ escolhidas para realização deste trabalho foram a

³ No projeto de tese submetido à Banca de Qualificação constavam ainda os campos de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatológica. A banca sugeriu a exclusão destes dois campos, tendo em vista que a realização da coleta de dados ficaria muito extensa e também por haver similaridade nos dois hospitais entre os campos selecionados, o que poderia enriquecer ainda mais a análise dos mesmos.

unidade de terapia intensiva de adultos, o pronto atendimento, o ambulatório de hemato-oncologia, a unidade hemato-oncológica e o centro cirúrgico destes hospitais, porque atendem às características reservadas às áreas críticas.

A Unidade de Terapia Intensiva de Adultos do Hospital Universitário foi criada em 1973, com quatro leitos destinados somente a pacientes cardiopatas. Em seguida, foi transformada em unidade de terapia intensiva geral, tendo como finalidade assistir pacientes com risco de morte iminente, mas passíveis de recuperação.

Esta unidade se encontra situada no 5º andar do hospital, tendo atualmente sete leitos em um único ambiente, sendo que somente seis estão em funcionamento, tendo em vista o quadro de pessoal.

Tem equipe médica (em turnos de quatro horas durante o dia), de fisioterapia (manhã e tarde) e de enfermagem (turnos de seis horas e à noite de 12 horas) exclusivas, as quais fazem a cobertura nos três turnos de trabalho.

O grupo de enfermagem da unidade de terapia intensiva deste hospital está vinculada à Coordenação de Enfermagem da Área do Adulto. É composto por seis enfermeiras⁴, 13 auxiliares de enfermagem (acrescidos de mais um auxiliar de enfermagem contratado e mantido pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde), um técnico de enfermagem e dois auxiliares de saúde (quadro em extinção), perfazendo um total de 23 trabalhadores, sendo 21 do quadro da universidade.

Atuam na unidade sete bolsistas que são alunos do curso de

⁴ Neste estudo, tendo em vista que 95% dos entrevistados da categoria Enfermeiro foram mulheres, serão denominadas como "Enfermeiras".

enfermagem (bolsa de trabalho), permanecendo na escala no turno da noite, em função do curso ser diurno.

Em média, permanecem uma enfermeira e três ou quatro auxiliares de enfermagem em cada turno, o que, dependendo do quadro dos pacientes, das licenças e atestados dos trabalhadores da unidade, dificulta a realização do trabalho.

A Unidade de Pronto Atendimento está situada no sub-solo do hospital universitário, prestando atendimento nas 24 horas do dia. Os trabalhadores de enfermagem são seis enfermeiras, onze auxiliares de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem contratados pelo consórcio e seis bolsistas de enfermagem. Esta unidade está sob a Coordenação de Enfermagem da Área Ambulatorial.

Em cada turno há uma enfermeira na unidade, e a média de auxiliares é de três profissionais durante o dia, sendo que, à noite, a escala permanece, em geral, com dois auxiliares de enfermagem e bolsistas que, deve-se salientar, não estão aptos a assumir as atividades das enfermeiras, pois este não é seu papel e ainda não têm formação e experiência para tal.

No pronto atendimento, encontram-se pacientes com enfermidades diversas, provenientes da cidade e da região, sendo que a maioria não encontra leito no hospital, o que faz com que permaneçam internados nesta unidade.

Esta unidade tem 12 leitos de observação, sendo oito para pacientes adultos e quatro para crianças. Entretanto, o número de pacientes internados varia muito, mantendo uma média de 25 pacientes, com um número de dias de

internação também elevado (média de 12 dias). Isso estabelece uma impossibilidade de previsão em todos os aspectos, seja de material, de alimentação, de roupa de cama, de pessoal, dentre outros aspectos, bem como gera uma instabilidade emocional muito grande na equipe, por desconhecerem em que condições irão trabalhar nos seus plantões. Esta situação faz com que alguns pacientes fiquem acomodados em macas (que vêm com as ambulâncias), e mesmo em cadeiras, até que um leito nas unidades de internação esteja disponível ou o paciente receba alta do hospital.

A **Unidade de Hemato-oncologia** está situada no andar térreo, contando em seu quadro com oito enfermeiras, 18 auxiliares de enfermagem e quatro bolsistas de enfermagem. É composta por 18 leitos (quartos de dois e três leitos), estando estabelecido que 12 leitos são para crianças e seis para pacientes adultos. Entretanto, esta distribuição varia de acordo com a necessidade de internação dos pacientes. A unidade de hemato-oncologia está submetida, hierarquicamente, à Coordenação de Enfermagem da Área do Adulto.

Na escala diária, permanecem uma ou duas enfermeiras, sendo que uma delas responsabiliza-se mais pela assistência direta aos pacientes e a outra, pela administração da unidade. Com relação aos auxiliares de enfermagem ficam, em média, três por turno, tendo sob seus cuidados seis pacientes.

É rotina das enfermeiras a realização da nota de internação e alta, bem como a orientação para a alta para todos os pacientes que internam nessa unidade.

A idade dos pacientes é variada, e as patologias mais comuns nas

crianças são as leucemias e, nos adultos, o câncer de mama (nas mulheres) e de intestino (nos homens).

O **Ambulatório de Hemato-oncologia** também está situado no térreo e conta no seu quadro com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e, nos dias de maior fluxo de pacientes, um trabalhador da unidade de hemato-oncologia dá cobertura ao setor.

O horário de funcionamento da unidade é das 8 às 17 horas, de 2^a a 6^a feira, sendo que a média de atendimentos na 4^a feira é de trinta pacientes e, nos outros dias da semana, é de 13 pacientes.

Tem como clientela os pacientes externos que fazem tratamento no hospital e que recebem medicação aplicada em determinados períodos, com protocolos estabelecidos pela equipe médica da hemato-oncologia. Conta com área física própria, situada ao lado da unidade de internação e está vinculado à Coordenação de Enfermagem da Área do Adulto.

O **Centro Cirúrgico** funciona no sub-solo do Hospital Universitário, realizando cirurgias em pacientes internados e ambulatoriais, contando com uma equipe de três enfermeiras e 23 auxiliares de enfermagem para atuarem em seis salas cirúrgicas. Em cada turno, permanece uma enfermeira e uma média de seis auxiliares de enfermagem que circulam nas salas cirúrgicas. O centro cirúrgico funciona nas 24 horas, sendo mais intenso o fluxo de trabalho nos turnos da manhã e tarde, com um número médio de vinte procedimentos cirúrgicos, sendo que à noite este número baixa para três atendimentos (em média).

À noite são atendidos, especialmente, pacientes internados ou que vêm

ao hospital em situação de urgência /emergência.

Um dos maiores problemas vividos pelos trabalhadores que atuam no Centro Cirúrgico é a falta de leitos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica-SRPA (tem dez leitos, sendo que dois deles são destinados para pacientes externos) e no restante do hospital. Muitas vezes, o problema de falta de leitos na Sala de Recuperação é minorado com a manutenção do paciente em sala cirúrgica no pós-operatório imediato, o que traz muito desgaste e preocupação para a equipe, alterando e dificultando o seu processo de trabalho.

A carga horária de trabalho semanal desenvolvida pelos trabalhadores de enfermagem deste hospital é de 40 horas, sendo que 36 horas são pertinentes ao trabalho com os pacientes e, as demais, incluem reuniões com as chefias, dentre outras atividades.

As unidades contam com a participação de alunos das áreas da saúde (enfermagem, medicina e fisioterapia) na realização de aulas práticas, estágios curriculares e extra-curriculares. Em unidade crítica, o alto fluxo de alunos e professores muitas vezes traz transtornos e desgaste para a equipe, seja pela dificuldade de movimentação no espaço físico, seja pela constante troca de estudantes, com a chegada de novos grupos que necessitam adaptar-se ao ambiente.

O Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCACA) foi fundado em 1903, sendo composto por 183 leitos distribuídos em 14 unidades que incluem pronto atendimento, unidades de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica, unidade de terapia intensiva de adultos, unidade coronariana e demais serviços de apoio como laboratório, banco de sangue, farmácia,

nutrição, raio x, dentre outras.

Os serviços de hemodinâmica, ecocardiografia, endoscopia, espirometria e medicina nuclear estão presentes no hospital, sendo todos terceirizados.

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade localiza-se no 1º andar e é composta por 13 leitos, sendo um leito destinado a pacientes que necessitam de isolamento e, os demais, para pacientes com patologias diversas.

No período da coleta de dados, somente esses leitos estavam sendo utilizados, sendo que pouco tempo depois o hospital disponibilizou mais cinco leitos destinados somente a pacientes cardíacos e em estado grave. A unidade coronariana (UCOR) tem equipe médica e de enfermagem próprias, apesar de se localizar em área muito próxima da unidade de terapia intensiva.

A enfermagem da unidade é composta por oito enfermeiras e 29 auxiliares de enfermagem que prestam assistência contínua nas 24 horas. Não há turno fixo e as escalas de serviço são organizadas de acordo com a necessidade da unidade. A escala de final de semana da unidade de terapia intensiva é realizada pelas enfermeiras que atuam no centro cirúrgico.

Na Unidade de Terapia Intensiva permanecem duas enfermeiras por turno e uma média de seis auxiliares de enfermagem, sendo que cada uma das enfermeiras responsabiliza-se por seis pacientes. A adequação da escala dos auxiliares depende do número de pacientes internados (em geral, lotação completa) e da gravidade dos pacientes.

O **Pronto Atendimento** deste hospital está situado no andar térreo, mantém convênio com várias entidades e presta atendimento nas 24 horas do

dia, tendo vários serviços que dão suporte ao médico para realização do diagnóstico e tratamento dos pacientes.

Apresenta, no seu quadro, uma enfermeira que realiza suas atividades especialmente no turno da manhã, (eventualmente trabalha à tarde, de acordo com a necessidade), 12 auxiliares de enfermagem e dois funcionários que auxiliam no transporte de pacientes e que atuam nos três turnos. À tarde e à noite, quando necessário, é solicitado à enfermeira supervisora que dê suporte ao pessoal do setor.

A média de atendimentos no turno da manhã e tarde é de vinte pacientes e à noite de 15, sendo que muitos pacientes são conveniados e buscam atendimento para problemas que não se caracterizam como urgência /emergência.

O **Ambulatório de Hemato-oncologia** foi incluído neste estudo, bem como a **Unidade 200**, que recebe pacientes desta especialidade, tendo em vista a especificidade da organização do trabalho nestas unidades e a possibilidade de estabelecer uma equivalência entre as duas instituições pesquisadas.

A **Unidade 200** conta com uma enfermeira que atua somente no turno da manhã e 13 auxiliares de enfermagem. Os demais turnos são cobertos pela enfermeira que faz a supervisão no hospital, ou ainda, à tarde, pela enfermeira do ambulatório de hemato-oncologia. Em cada turno, permanecem dois ou três auxiliares de enfermagem, sendo que as saídas dos funcionários da unidade para providenciar material ou medicamentos na farmácia têm dificultado a realização do trabalho da enfermagem.

A média de internações por mês é de quarenta pacientes, sendo que a maioria são pacientes com alterações hemato-oncológicas, os quais são distribuídos em 16 leitos ou seja, 12 quartos individuais e dois quartos com dois leitos.

O atendimento médico ocorre diariamente, com visitas aos pacientes internados.

O Ambulatório de Hemato-oncologia funciona das 13h às 18h30min e tem, no seu quadro, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem para o atendimento dos pacientes em nível ambulatorial.

A idade dos pacientes é variada (um a 78 anos de idade) e eles se encontram em variados estágios das doenças. Neste local, são atendidos pacientes particulares e que possuem convênios, com a média de 130 atendimentos por mês.

O Centro Cirúrgico conta com oito salas cirúrgicas nas quais atuam três enfermeiras que cobrem os três turnos de trabalho, no horário das 7 às 22 horas, tendo ao seu lado 33 auxiliares de enfermagem. Após este horário, a cobertura é feita pela supervisora de enfermagem do hospital. Participaram desta pesquisa somente duas enfermeiras, tendo em vista que a terceira estava em férias naquele período.

Em cada turno, permanece uma enfermeira e uma média de sete auxiliares de enfermagem, os quais atuam como circulantes, ou seja, um em cada sala cirúrgica.

O número médio de procedimentos cirúrgicos é de 12 cirurgias nos turnos da manhã e tarde e três a quatro no turno da noite.

A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) tem dez leitos, sendo que dois são destinados para pacientes com cirurgias contaminadas, e os demais, para as cirurgias de todas as clínicas.

O centro cirúrgico destes hospitais foi incluído neste estudo, tendo em vista que, nestas unidades, são realizadas cirurgias de grande porte, destacando-se as cirurgias cardíacas, neurológicas e laporotomias exploratórias, sendo atendidos pacientes em situação de urgência/emergência, internados ou não.

A seleção dessas unidades se deveu ao fato de haver a possibilidade de ocorrer inúmeros eventos situacionais determinantes de crises, os quais poderiam ser explorados e evidenciados neste trabalho, pois já havia observado em situações anteriores que os trabalhadores que atuavam nestes locais tinham um nível de ansiedade e estresse bastante elevado e diferenciado dos trabalhadores das demais unidades do hospital.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por 38 enfermeiras e 154 auxiliares de enfermagem. Optei por trabalhar com uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem por turno e por unidade, o que envolveu vinte enfermeiras e 26 auxiliares de enfermagem e permitiu um aprofundamento maior na análise dos dados que foram colhidos no decorrer do estudo, sem descuidar que houvesse exaustão dos mesmos.

Decidi que enfermeiras e auxiliares de enfermagem fossem divididas em grupos, por instituição e por área e que, a partir daí, acontecesse a seleção dos indivíduos por sorteio.

A amostra foi composta da seguinte forma: foram preenchidos os formulários, observados e entrevistados uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem por turno e por unidade crítica selecionada, sendo que a noite (1, 2 ou 3) foi escolhida aleatoriamente. Somente no caso de haver mais de uma enfermeira na unidade foi feito o sorteio para determinar qual o profissional que seria participante, caso contrário, como não definia previamente qual unidade seria visitada ou qual turno, assumi como participante a enfermeira presente. Em relação aos auxiliares de enfermagem, sempre fazia sorteio para definir o participante. Por outro lado, ocorreu que, em algumas unidades, não havia cobertura de enfermeira em todos os turnos, participando somente os auxiliares de enfermagem sorteados.

No Hospital Universitário, a pesquisa envolveu 12 enfermeiras, um técnico de enfermagem e 12 auxiliares de enfermagem, com um total de 25 trabalhadores de enfermagem.

No Hospital de Caridade participaram da pesquisa oito enfermeiras e 13 auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 21 trabalhadores. Portanto, participaram da pesquisa 46 trabalhadores, sendo vinte enfermeiras, um técnico de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem. Para fins de análise de dados e por não haver alterações nos resultados, o técnico de enfermagem passou a compor o grupo dos auxiliares de enfermagem.

Para instrumentos de coleta de dados, selecionei a entrevista semi-estruturada, um formulário com questões fechadas e a observação não

participante, por entender que poderiam elucidar o problema de pesquisa e possibilitar o alcance dos objetivos propostos para este estudo. (ANEXOS)

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos ou técnicas de captação dos dados da presente investigação foram compostos por um formulário que incluía questões fechadas, uma entrevista semi-estruturada e a observação do trabalhador e do ambiente nos três turnos de trabalho.

O formulário, para Markoni e Lakatos (1996), é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado.

A aplicação do **formulário** (Anexo 1) teve como objetivo detectar como a enfermeira e o auxiliar de enfermagem se sentiam ao assumir seu plantão, ou seja, que fatores internos ou externos ao trabalho poderiam perturbá-lo e vir a interferir no desenvolvimento do trabalho naquele dia.

Desejava também verificar se estas possíveis dificuldades que apresentava eram identificadas por ele anteriormente à reflexão que a pesquisadora conduzia a partir das perguntas contidas no instrumento.

O outro instrumento de coleta de dados foi a observação que, para Gil (1991), nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir conhecimentos necessários para o cotidiano, sendo os fatos percebidos

diretamente, sem qualquer intermediação.

As **observações** (roteiro em Anexo 2) foram feitas no decorrer dos plantões, com o objetivo de identificar a ocorrência de eventos críticos, detectando as atitudes dos trabalhadores de enfermagem nestas situações.

Com as observações, também foi possível reforçar os dados obtidos nos formulários e nas entrevistas realizadas com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, uma vez que foram colhidos de forma objetiva, para aspectos objetivamente observáveis.

As observações foram realizadas nos três turnos de trabalho, considerando que cada turno mantém suas especificidades, o que interfere sobremaneira na organização do trabalho, bem como no comportamento do trabalhador.

Os registros destas observações (Anexo 3) foram feitos de acordo com o que preconiza Triviños (1987), ou seja, sob forma de anotações de campo, caracterizadas em dois grupos distintos: as descritivas e as reflexivas. As descritivas envolveram os comportamentos, ações dos sujeitos, os sujeitos, o meio físico, as atividades específicas, a descrição de diálogos, o trabalho em equipe, os eventos situacionais que ocorreram (quais foram, como aconteceram e que conseqüências tiveram para os envolvidos), as relações interpessoais estabelecidas entre pacientes, familiares, equipe de saúde, relações de poder e autoridade, dentre outros.

Já as anotações de natureza reflexiva permearam todas as descrições, de forma a atingir os objetivos propostos, incluindo especulações, sentimentos, impressões, pré-concepções, dúvidas, incertezas, dilemas éticos, conflitos e

observações gerais do pesquisador frente ao ocorrido.

Os registros foram feitos durante o transcorrer do plantão, de preferência em local tranquilo, onde não houvesse interferências e atendendo ao direcionamento dado pelos objetivos dessa investigação.

As observações foram material essencial, pois forneceram subsídios para analisar a consistência dos dados coletados, seja através dos formulários, seja das entrevistas.

A entrevista semi-estruturada também foi escolhida como técnica de coleta de informações na pesquisa qualitativa. Conforme ressalta Minayo (1994, p. 109),

... o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações ... é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas... ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Lüdke (1996, p. 34) assegura ainda que *"a entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador realize as necessárias adaptações"*.

As **entrevistas semi-estruturadas** eram compostas por questões abertas e realizadas com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem. A entrevista foi uma conversa informal que aconteceu entre a pesquisadora e os informantes e teve como fio condutor um roteiro previamente estabelecido que fosse ao encontro da problemática central do estudo (Anexo 4).

No sentido de fortalecer a análise dos dados, optei pela triangulação através de três técnicas de coleta que foram o formulário, a observação e a entrevista.

Para Denzin (1987, p. 291), *apud* Todd (1979), “a triangulação é definida como a combinação de metodologias no estudo de um mesmo fenômeno”. Para este mesmo autor, nas ciências sociais, o uso da triangulação pode ser referenciado a Campbell e Fiske, que desenvolveram a idéia de “*múltipla operacionalidade*” e argumentaram que mais de um método pode ser usado no processo de validação, para assegurar que a variância reflita aquilo de que se trata e não o método. Assim, a convergência ou concordância entre métodos ressalta nossa crença que os resultados são válidos e não um artifício metodológico (Bouchard, 1976, *apud* Todd, 1979).

A efetividade da triangulação repousa na premissa de que a debilidade em cada método sozinho será compensada pelas forças de contra-balanço de outro e de que vários métodos juntos produzem consistência e convergência de resultados. Quando convergentes, a confiança nos resultados cresce consideravelmente, e se ocorrer a divergência, ela tem um caráter diferenciado, porque explicações alternativas e provavelmente mais complexas serão geradas.

O pesquisador também se transforma em um construtor e criador, quando tem oportunidade de agregar várias peças de um complexo quebra-cabeças em um todo coerente.

Neste estudo, utilizei dados objetivos e mensuráveis como os sinais vitais dos trabalhadores, associados a dados subjetivos como sentimentos e comportamentos, difíceis de quantificar e de analisar. Nestes casos, a triangulação é útil e reforça a análise, auxiliando tanto na confirmação objetiva para dados subjetivos, quanto o contrário, o que possibilita uma descrição “*mais densa e consistente dos achados*”.

3.4 COLETA DE DADOS

Para realizar esta pesquisa nas unidades críticas selecionadas, inicialmente foram contactados os Diretores de Enfermagem, responsáveis pelo Serviço de Enfermagem dos dois hospitais, além do Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, em encontros agendados previamente, onde foram expostos os objetivos do trabalho.

Em seguida, os pedidos para realização da pesquisa foram formalizados por escrito (Anexo 5) e entregues às respectivas direções dos hospitais, acompanhados do Projeto de Tese aprovado pela Banca de Qualificação do Curso de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

No Hospital Universitário, foram contactados ainda os coordenadores de enfermagem das respectivas áreas envolvidas e solicitado que repassassem as informações aos chefes de unidades. De qualquer forma, anteriormente à realização do trabalho, visitava a instituição, apresentando-me à enfermeira-chefe da unidade, repassando as informações do projeto e solicitando sua autorização por escrito em formulário da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão.

No Hospital de Caridade, a Diretora de Enfermagem informou-me que, em reunião com as enfermeiras-chefes das unidades, transmitiria estas informações, liberando a realização do trabalho naquela instituição.

A coleta de dados foi iniciada após a autorização das instituições e foi realizada em, aproximadamente, sete meses, (de novembro de 1998 a junho de

1999) de acordo com as condições oferecidas pelas instituições (exemplo: reformas em unidades, férias de trabalhadores) e necessidades da pesquisadora.

Ao chegar nas unidades (15 a 20 minutos antes da passagem do plantão), realizava uma visita com o intuito de perceber como estava o andamento do trabalho, o número de pacientes internados, seus diagnósticos e a gravidade dos mesmos.

Após a passagem do plantão, solicitava ao grupo alguns minutos para me apresentar e informar meu objetivo em permanecer na unidade naquele dia, buscando me integrar ao grupo, sem, entretanto, interferir no trabalho desenvolvido.

Permanecia durante o turno de trabalho, realizando as observações e registros no diário de campo, bem como minhas reflexões acerca do vivido.

Os formulários eram preenchidos, em geral, no início de cada turno de trabalho e as observações foram realizadas igualmente nos três turnos de trabalho (Manhã - 7 às 13 horas; Tarde - 13 às 19 horas; Noite - 19 às 7 horas), perfazendo um total de, aproximadamente, 243 horas nos locais eleitos para a realização do estudo.

Na observação dos campos, pude perceber melhor o que acontece no trabalho de enfermagem em unidades críticas. Cada vez que iniciava em um novo campo ou retornava após alguns dias de afastamento, sentia o impacto provocado pelo processo de trabalho e pelas características dos pacientes que buscavam atendimento nestes locais e, em muitas situações, "*estive com*" familiares, pacientes e equipe de enfermagem. Perguntava-me se as

ocorrências também perturbavam os trabalhadores ou se eles já haviam "*acostumado com as mesmas*".

Uma dificuldade encontrada foi conversar alguns minutos com o trabalhador antes que ele assumisse o plantão, para explicar como seria meu trabalho e para preencher o formulário. Como isso devia ser feito antes de iniciar suas atividades, muitas vezes percebi a impossibilidade do trabalhador devido ao desenvolvimento do serviço, especialmente em centro cirúrgico (com cirurgias em andamento) e em pronto-atendimento. Nessas ocasiões, retardava o preenchimento do formulário, anotando o horário em que o mesmo era realizado, o que provocou algumas perdas de dados em função do adiantado da hora.

No início do plantão, após preencher o formulário, momento de interação mais efetiva da pesquisadora com o trabalhador, realizava a verificação dos sinais vitais e registrava as impressões sobre o seu aspecto geral, bem como dados objetivos e subjetivos apresentados ou referidos por ele, na tentativa de detectar se havia, ao final do plantão, alteração significativa nos padrões que caracterizavam normalidade ou distúrbios relacionados com o surgimento de eventos críticos, os quais ocasionam aumento dos níveis de tensão nos trabalhadores. Portanto, ao final do turno, preenchia novamente o formulário e verificava os sinais vitais dos trabalhadores envolvidos no estudo.

Os dias de observação foram casuais, sendo que tive o cuidado de não realizá-las em dias consecutivos, tendo em vista o desgaste físico e mental que sofria, bem como a necessidade de tempo para sistematizar as informações colhidas. As escalas de serviço também serviram de guia para que não realizasse as observações com os mesmos trabalhadores que já haviam sido

contemplados em turnos anteriores.

As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio com os trabalhadores e realizadas, com todos eles, no local de trabalho, o que, de certa forma, surpreendeu-me e oportunizou a reflexão sobre as causas que envolviam essa atitude. Uma possibilidade que me parece bastante provável é o desejo explicitado de “*esquecer o seu trabalho ao sair do plantão*”, o qual foi manifestado por muitos profissionais, mas esta questão não foi aprofundada neste momento.

Em algumas situações, as entrevistas foram efetivadas horas antes de o trabalhador assumir seu turno ou em turnos diferentes do seu naquele dia.

Após o trabalhador aceitar compor este estudo, era solicitado que permitisse a gravação da entrevista, com o intuito de registrar integralmente sua fala e assegurar material mais rico e fidedigno para análise.

As entrevistas duravam, em média, cinquenta minutos, sendo que mesmo após o término das perguntas, deixava o gravador ligado pois, muitas vezes, nestes momentos, ouvia relatos muito interessantes sobre a vida do trabalhador.

Depois de transcritas as fitas cassete, contactava novamente com o trabalhador, entregando a entrevista em envelope lacrado, solicitando que lesse e assinasse ao final, autorizando o uso daquelas informações desde que mantido o sigilo (Anexo 6). Muitos deles referiram preocupação com os erros de linguagem, sendo orientados que não se preocupassem com a forma e sim com o conteúdo da sua fala e que verificassem se não havia alguma distorção da mesma. O entrevistado foi comunicado que somente poderia alterar as falas

que não reproduzissem suas idéias expressas no transcorrer da entrevista para manter o conteúdo originalmente apresentado sem esforço de racionalização, sendo que as correções lingüísticas seriam feitas posteriormente.

É importante ressaltar que, naquelas unidades que não contavam com enfermeiras em todos os turnos, foram observados, preencheram formulário e entrevistados somente aqueles trabalhadores que estavam presentes, incluindo os auxiliares de enfermagem nos demais turnos.

Os auxiliares de enfermagem e enfermeiras que eram vinculados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde não foram incluídos no estudo, tendo em vista que muitos tinham pouco tempo de exercício profissional ou de atuação no Hospital Universitário. Somente uma entrevista foi realizada com uma enfermeira que já havia sido contratada anteriormente e tinha exercido atividades no hospital, conhecendo o funcionamento do mesmo. Após a realização da entrevista, foram analisadas as respostas e verificado que não havia diferenças significativas se comparado à enfermeiras mais antigas, o que não interferia nos resultados e na análise dos dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Ao efetivar a leitura das respostas aos instrumentos de coleta de dados (entrevistas e formulários) e anotações referentes às observações, entendi não ser necessário analisar os dados separando o grupo das enfermeiras e dos auxiliares de enfermagem, bem como os dois hospitais selecionados para o

estudo. Portanto, realizei as análises agrupando os dados, uma vez que as unidades eram muito semelhantes (apesar das peculiaridades de cada uma) e não se detectaram diferenças significativas no que tange às respostas obtidas nos instrumentos.

Inicialmente, a análise de dados foi feita em três etapas, tendo em vista que são três tipos diferentes de instrumentos que se complementam ao final.

A primeira parte do formulário foi composta por questões que buscavam identificar os trabalhadores quanto à categoria, idade, sexo, local de atuação, tempo de serviço na profissão, no hospital, na unidade, número de horas semanais de trabalho e se atuava em outro local (qual local e número de horas).

Estes dados de identificação dos trabalhadores foram computados e apresentados em forma de tabelas em que aparece o grupo de enfermeiras e de auxiliares separadamente, mas na mesma tabela, o que auxiliou na caracterização destes grupos e sua comparação.

Com relação aos sinais vitais, foi feita uma análise dos mesmos considerando os valores encontrados no início e no final do plantão, buscando perceber se havia uma alteração para mais ou para menos nos valores observados.

Já com relação aos sinais e sintomas objetivos apresentados pelos trabalhadores, procurei perceber quais eram os sinais e sintomas mais comuns neste grupo e se havia uma coerência em relação ao turno vivenciado por eles. Por exemplo: o auxiliar de enfermagem informou no início do plantão que estava com dor nas pernas. Ao final do turno, mesmo realizando um plantão

com muitas intercorrências, não refere mais este sintoma. O que pode ter acontecido neste período: será que o trabalhador “*amorteceu seu corpo*” durante o plantão?

Os dados subjetivos foram compilados no sentido de caracterizar como se encontrava o trabalhador com relação às questões emocionais, psíquicas e comportamentais no desempenho de suas atividades.

Os formulários ofereceram a possibilidade de perceber as mudanças relatadas pelo trabalhador e observadas pelo pesquisador no transcorrer dos plantões (nos aspectos físicos, emocionais e comportamentais) e relacioná-los com a evolução do trabalho durante o turno, ou seja, a ocorrência ou não de eventos situacionais nos locais pesquisados.

No que se refere às observações, fiz um levantamento do que encontrei no decorrer das mesmas, utilizando um roteiro pré-estabelecido que continha dados objetivos: ambiente, ocorrência de eventos críticos e dados subjetivos: comportamento e sentimentos expressos pelos trabalhadores no decorrer do turno.

Este roteiro foi utilizado para todas as unidades, possibilitando perceber como todo grupo se comportava frente aos eventos situacionais que ocorreram, bem como durante todo o plantão. Essa observação possibilitou a caracterização dos eventos que ocorrem nas unidades críticas, o que suscitou a elaboração de um perfil destas unidades hospitalares.

No que se refere às observações, ao apresentar os dados, descrevi como encontrava o paciente (objeto de trabalho da enfermagem) e caracterizei o processo de trabalho em cada uma delas.

Em seguida, descrevi sucintamente os instrumentos utilizados, a finalidade e a organização do trabalho nessas unidades, no que se relacionava ao ambiente, à força de trabalho, às relações interpessoais, à liderança e ao poder, assim como à qualidade de assistência de enfermagem prestada aos pacientes por todos os profissionais de saúde.

As observações também foram relatadas no que tange a: número de trabalhadores *versus* número de pacientes, *versus* complexidade do quadro clínico; quantidade e qualidade de materiais e equipamentos e relações interpessoais estabelecidas nas unidades críticas envolvidas na pesquisa.

Foram elencados, também, os eventos críticos que ocorreram nos plantões, correlacionando-os com os esperados, os quais, para favorecer o entendimento, foram classificados em administrativos (gerenciais e de relações) e assistenciais (resolubilidade e de adequação da assistência).

A análise das entrevistas foi feita, inicialmente, mediante leitura exaustiva das mesmas para apreensão inicial de seu conteúdo. Vencida a primeira etapa, foi revisada cada questão, individualmente, em uma grade. Na primeira coluna, foram colocadas as respostas; na segunda, a fala do trabalhador, para utilizar como ilustração do texto e, na terceira coluna, reflexões elaboradas a partir das duas colunas anteriores.

Em seguida, agrupei as respostas, buscando reunir semelhanças e diferenças e elaborei um texto inserindo as falas que melhor ilustrassem os aspectos que desejava evidenciar.

Os resultados da questão da entrevista em que procurava conhecer quais as doenças diagnosticadas nos trabalhadores de enfermagem,

provenientes do trabalho, foram apresentados em forma de tabela, onde agrupei as doenças (frequências e percentuais) e os encaminhamentos realizados pelos trabalhadores. Na análise, numa apresentação didática, reuni-as em quatro grupos, quais sejam: no primeiro, as doenças provocadas pelas exigências físicas da profissão; no segundo, as doenças desencadeadas pelo estresse; no terceiro, as doenças provocadas pelos riscos químicos e, no quarto, as doenças de origem não esclarecida.

As falas dos trabalhadores de enfermagem foram apresentadas com as letras **E** para designar a enfermeira e **A** para identificar o auxiliar de enfermagem, além de um nome fictício escolhido aleatoriamente para cada participante do estudo.

As unidades críticas foram identificadas da seguinte maneira: **PA** para pronto atendimento, **UTI** para unidade de terapia intensiva, **CC** para centro cirúrgico; **HO** para a unidade de hemato-oncologia do Hospital Universitário e para a unidade 200 do Hospital de Caridade e **Am** para o ambulatório de hemato-oncologia. Neste sentido, não serão mencionados na apresentação das falas, o turno de trabalho nem a instituição a que pertencem os trabalhadores, para assegurar o anonimato dos entrevistados.

A análise dos dados também foi feita tendo como base os referenciais de Taylor (1992). Busquei relacionar os dados obtidos no campo com as fases apresentadas por esta autora que são:

- ✓ **fase de negação** das dificuldades que estão sendo vivenciadas, como um mecanismo de defesa que a mente usa para proteger-se da extrema ansiedade;

- ✓ **aumento da tensão**, em que as pessoas buscam continuar suas atividades, mas enfrentando a tensão e tentando diminuí-la;
- ✓ **desorganização**, situação em que as dificuldades se intensificam e o sujeito parece “*desmoronar*”;
- ✓ **tentativas de reorganização**, em que se buscam mecanismos de defesa usados anteriormente para lidar com a ocorrência atual e melhor enfrentar a situação.

A tentativa foi de, após a análise exaustiva dos dados, caracterizar em qual das fases mencionadas anteriormente, os trabalhadores de enfermagem se encontravam, detectando, portanto, se são capazes de perceber e de interagir com os eventos situacionais, buscando resolvê-los gradativamente no seu cotidiano, e a repercussão disso na sua vida.

4 Apresentação dos Resultados

A vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência. Onde quer que estejam as causas do sofrimento dos homens, estarão em suas próprias vidas

Codo, Sampaio, Hitomi (1993: 63).

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos na coleta de dados deste estudo, incluindo uma caracterização das unidades críticas pesquisadas.

Tendo em vista os objetivos do estudo, foram eleitas as unidades críticas das duas instituições hospitalares da cidade de Santa Maria - RS, sendo elas, o Pronto-atendimento, o Centro Cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e a Unidade e o Ambulatório de Hemato-oncologia.

A partir da observação dos elementos constitutivos do processo de trabalho, selecionei alguns pontos comuns entre essas unidades, o processo de trabalho desenvolvido em cada uma delas, o que inclui o modo como os trabalhadores realizam a assistência, os vínculos entre os diferentes profissionais, as exigências implícitas nas relações de trabalho, dentre outros aspectos.

Neste capítulo, o leitor poderá perceber uma tensão permanente entre a banalização do sofrimento e o prazer encontrados em vários momentos no cotidiano do trabalhador. Entretanto, é importante salientar que esta tensão se encarrega de proporcionar um certo equilíbrio ao trabalhador e que, neste estudo, a banalização será mais evidenciada tendo em vista que o sofrimento se encontra mais oculto, escondido, tanto no discurso quanto na prática dos trabalhadores de enfermagem. Logo, evidenciá-lo foi tarefa que exigiu muito cuidado no processo metodológico efetivado, no qual a triangulação exerceu

papel fundamental.

Ao refletir sobre aspectos comuns entre as unidades críticas pesquisadas, encontrei alguns pontos, quais sejam :

a) os vínculos afetivos estabelecidos com pacientes e familiares:

este fato dá outra característica ao processo de trabalho, transformando-o em um compartilhamento de emoções, sentimentos de impotência e, muitas vezes, incapacidade de entender o porquê da doença, da morte. Esses vínculos não ocorrem em Centro Cirúrgico, causando, muitas vezes, um "vazio" nos trabalhadores de enfermagem, pela impessoalidade com que trabalham, muito mais com materiais do que com pessoas, e as dificuldades de interação e de algum tipo de retorno acerca do atendimento recebido.

b) a realização de um trabalho exigente para os trabalhadores:

estas exigências, tanto físicas quanto psíquicas, ocorrem tendo em vista a necessidade de atendimentos rápidos, ágeis, de controles rigorosos, tendo como contraponto a ausência de espaços institucionais para se discutir acerca destas questões. Acredito que deveria haver, nas instituições, algumas vantagens para os trabalhadores que atuam nessas unidades, por exemplo, salário diferenciado e um menor número de horas de trabalho semanais, o que poderia ser um estímulo e uma proteção à saúde do trabalhador.

c) o trabalho da enfermagem muito vinculado ao trabalho médico:

isso acontece tendo em vista que há o acompanhamento e o plantão médico fixo em algumas dessas unidades, o que é determinado com

o objetivo de atender às alterações súbitas de quadro clínico apresentadas pelos pacientes.

- d) **o trabalho em equipe somente no turno:** este tipo de trabalho parece suplantar um pouco as carências e dificuldades do setor. Entretanto o trabalho entre os turnos caracteriza-se, em muitas situações, pela exacerbação de cobranças acerca de condutas e, principalmente, de atividades não realizadas, o que traz muita insatisfação e sofrimento aos trabalhadores, uma vez que, subliminarmente, coloca-se em jogo a competência desses trabalhadores. Isso pode ser entendido pelas dificuldades de relacionamento entre trabalhadores, pela ausência de encontros entre eles, pela carência de reflexão sobre a finalidade do trabalho da enfermagem e pela ausência de solidariedade.

Com relação à solidariedade, Leopardi (1999) refere que é uma das coisas mais esquecidas no trabalho em saúde, e que os motivos não são facilmente identificáveis. Ressalta, ainda, que está cada vez mais difícil acreditar nos valores perenes da humanidade, dentre eles o desafio de oferecer e receber ajuda.

Uma enfermeira assim se expressa:

... o trabalho entre os turnos nem sempre é fácil e é por isso que a gente faz tudo, além do que nossas pernas permitem, para não deixar nada pendente. Parece que deixar coisas para o outro turno é por incompetência e não é, necessariamente (Janete, E-HO).

- e) **a enfermeira como referência central dessas unidades:** é considerada a coordenadora do grupo, ou seja, a que organiza, avalia e, se necessário, redireciona o trabalho, sendo que todos os

profissionais e serviços convergem para ela. Percebo que, assim como no trabalho doméstico, ela oferece toda a infra-estrutura no cotidiano, mas não tem seu trabalho valorizado como gostaria. Os demais trabalhadores da saúde sentem a falta da enfermagem, especialmente, quando algo não está funcionando bem, o que inclui escalas, equipamentos, dentre outros itens. Entretanto, nos momentos em que ela deveria ter destaque, ela repassa este momento aos outros profissionais, principalmente aos médicos.

Lopes (1995, p. 175) reafirma estes aspectos quando menciona que:

... o tempo e o espaço de trabalho da enfermagem pode ser comparado ao trabalho doméstico, caracterizado por estar em todos os lugares e permanentemente disponível a tudo e a todos. O tempo extrapola os limites da jornada e as atividades são polivalentes.

Este aspecto apresenta-se contraditório, uma vez que os trabalhadores referiram ter muito desgaste na realização do seu trabalho e também necessitar do reconhecimento do paciente para trabalhar com mais satisfação e prazer.

- f) **o reflexo condicionado, a automatização das ações:** os trabalhadores de algumas unidades apresentaram reflexos condicionados e ações automatizadas. Este aspecto é importante quando se pensa na banalização da assistência, uma vez que, a partir da automatização de algumas atividades, a percepção do outro, dos seus desejos e sentimentos pode ficar prejudicada.
- g) **a vulnerabilidade e a fragilidade do ser humano enfermo:** nas unidades críticas, pode-se perceber este aspecto pois o paciente está, na maioria das vezes, inconsciente (como nas Unidades de Terapia Intensiva), logo, “entregue” à equipe.

Em função da carência de interação mais efetiva, de exigências, de “*olhos nos olhos*” entre paciente e cuidador, pode haver uma tendência de automotização e robotização do atendimento.

h) **a dor, o sofrimento e a morte presentes continuamente como companheiros de jornada** (às vezes, mais aparentes, outras vezes nem tanto). Nos hospitais, é sabido que esses componentes estão em evidência, no entanto, nessas unidades, muitas vezes, a imprevisibilidade dos acontecimentos não permite aos trabalhadores que se “*preparem*” para conviver com eles.

Percebi que as mortes nestas unidades não se fazem de forma estanque, mas são ocorrências quase que diárias e que incluem, além da progressão da doença, a morte dos sonhos, dos desejos, das esperanças de pacientes, familiares e trabalhadores, limitados, muitas vezes, pela inconsciência e pelas seqüelas que acometem os doentes.

Para os familiares dos pacientes, quando há um tempo prolongado de enfermidade e de internação, o sofrimento e o sacrifício em acompanhá-lo, passam a fazer parte da vida, e eles precisam aprender a conviver com estas situações.

As mulheres são figuras especiais neste tipo de enfrentamento, pois desde muito pequenas foram treinadas para cuidar e ver no sacrifício um ganho moral. São elas (mães, tias, amigas, avós) que permanecem junto aos doentes, colocando de lado, muitas vezes, outros filhos, seu trabalho e seu lar. É relatado pelas enfermeiras que essas situações são comuns nas unidades de hemato-oncologia, em que muitos pacientes são crianças, em tenra idade e que

permanecem doentes por longo período de tempo, até que sobrevenha a cura ou a morte. Esse processo implica em muitas exigências para essas cuidadoras.

Em todos os locais pesquisados, há uma cota muito particular de sofrimento e este é diferenciado a partir das características do trabalho desenvolvido na unidade, do tipo de paciente, do vínculo com a família, dentre outros aspectos.

Entretanto, em cada unidade tive a sensação de que aqueles trabalhadores consideravam o seu local de trabalho o mais difícil, o mais sofrido, mas não faziam nenhuma referência à saída para outro. Aliás, a resistência que estes trabalhadores apresentam em sair, mesmo que temporariamente, deste local para outro, é bastante explícita. Nem o sofrimento vivenciado é capaz de convencê-los a viverem outras experiências em outras unidades. As razões que mobilizam estas atitudes podem estar vinculadas à acomodação, à segurança, a partir do controle de pacientes, da assistência e do próprio ambiente, do medo do desconhecido, dentre outros aspectos.

O sofrimento dos trabalhadores de enfermagem está muito vinculado a aspectos que não dependem deles, como falta de leitos, carência econômica dos pacientes, falta de material, dentre outros. Assumir esses problemas como unicamente seus, significa sobrecarregar-se de responsabilidades que deveriam ser compartilhadas no seu cotidiano laboral com a instituição e com os demais trabalhadores.

Também aparece o sofrimento do trabalhador relacionado à realização ou não das atividades que deveriam ser efetivadas, da impotência em não fazer aquilo que acredita que deveria fazer, e não propriamente ligado à compaixão,

capaz de motivar a busca de soluções. O trabalhador procura uma solução para o sofrimento do paciente, mas no sentido de resolver o seu problema. Parece não ser uma compaixão genuína, ou seja, aquela capaz de procurar alternativas para minorar o sofrimento do outro, mas sim uma compaixão por “espelhamento”, aquela que lembra ao profissional que ele também poderia passar por isso.

A organização do trabalho é outro aspecto que aparece como significativo, sendo diferenciado considerando cada área estudada. Na Unidade de Terapia Intensiva, por exemplo, a área física é nova e o que tem trazido sofrimento é a falta de material adequado para a prestação dos cuidados como seringas e luvas. Já no Centro Cirúrgico, que tem um ambiente físico privilegiado, o que traz desgaste para os trabalhadores da enfermagem é o relacionamento interpessoal em sala cirúrgica que é, por vezes, inadequado. É provável que isso decorra do controle do tempo estabelecido pelos médicos no que diz respeito às cirurgias (hora de início, término, atrasos e suspensões) o que, inevitavelmente, traz ansiedade e estresse para a equipe de enfermagem, uma vez que as tomadas de decisão não são compartilhadas.

- i) a **banalização do trabalho de enfermagem**: neste caso, tudo pode acontecer e não há nada a ser feito para alterar essa situação, incluindo a exposição dos trabalhadores a agentes causadores de doenças sem a devida proteção, a infração ética de atuar em locais inadequados e que de forma alguma possibilitam a realização de uma assistência com qualidade, dentre outros.

A conscientização do trabalhador acerca destes aspectos poderia possibilitar o resgate do compromisso ético consigo (ser saudável), com os

colegas (a enfermeira enquanto coordenadora da assistência deve assegurar condições adequadas para o trabalho) e com os pacientes e familiares que desejam uma assistência baseada no cuidado humanizado e de qualidade.

Ao considerar importante explicitar o processo de trabalho em cada unidade em particular, inicio com o pronto-atendimento, dando seqüência às demais unidades, quais sejam: centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, ambulatório e unidade de hemato-oncologia.

No que se relaciona ao **processo de trabalho realizado no pronto-atendimento**, a faixa etária dos pacientes que utilizam esta unidade é variada, atendendo de crianças a idosos, com diagnósticos e prognósticos variados.

A família, particularmente em casos de urgência e emergência, participa do processo de internação com um nível elevado de angústia e medo do desconhecido. Portanto, encontra-se fragilizada e pode, muitas vezes, reverter este sofrimento em atitudes agressivas ou hostis, o que requer da enfermagem a compreensão do momento vivido por eles, bem como um manejo firme mas afetivo, compreensivo e comprometido.

As unidades de pronto-atendimento têm alta rotatividade de pacientes, com muitos atendimentos em cada turno de trabalho. Nos hospitais pesquisados, os ambientes eram pequenos e com pouca infra-estrutura para o atendimento, o que dificultava ainda mais o trabalho a ser realizado.

A chegada concomitante de vários pacientes caracteriza-se como o momento em que o "caos" se instala, mas se observa que, rapidamente, ao término dos atendimentos, a enfermagem tem a preocupação de reorganizar o ambiente.

Os pacientes permanecem o tempo suficiente para sua avaliação e atendimento, sendo encaminhados para internação⁵ ou alta da instituição.

Um aspecto interessante observado nesta unidade é a aproximação e solidariedade entre alguns familiares acompanhantes, o que reforça a idéia de que o sofrimento é capaz de aproximar as pessoas, o que provavelmente, em outras circunstâncias, não aconteceria desta maneira.

Quando estava no pronto-atendimento, as palavras que associava ao local eram "*rapidez, possibilidade*" de manutenção e recuperação da vida que se encontra ameaçada.

O trabalho desenvolvido em centro cirúrgico tem algumas características especiais, como as explicitadas a seguir.

O paciente chega à unidade com sedação prévia, tendo recebido medicação pré-anestésica no quarto (aproximadamente, uma hora antes da cirurgia), o que implica em pouco tempo de lucidez para uma interação mais efetiva com a enfermagem. Esse fato repete-se no que tange à família, uma vez que, em alguns casos, aguardam o término da cirurgia no quarto do paciente.

Outro aspecto importante é que o conhecimento que a enfermeira e os auxiliares de enfermagem têm a respeito dos pacientes é através do mapa cirúrgico, sem ter acesso ao prontuário, a não ser no momento em que o paciente entra na sala cirúrgica.

⁵ No Hospital Universitário, a função do pronto-atendimento encontrava-se desvirtuada devido à imensa demanda de pacientes que necessitavam de internação, mantendo ali pacientes internados, o que tem trazido grandes dificuldades para os trabalhadores em função da imprevisibilidade do atendimento e, conseqüentemente, das precárias condições de trabalho.

Nesta situação, não há tempo para a enfermagem revisar o prontuário, uma vez que há a necessidade de preparar o ambiente e o paciente para o ato cirúrgico. Isso, na maioria das vezes, traz insatisfação ao trabalhador, uma vez que a maior parte do seu tempo é destinado ao trabalho com equipamentos e materiais cirúrgicos. Pode-se pensar que também em decorrência disso, poucos pacientes retornem para agradecer pela assistência recebida (fonte de prazer e bem-estar para o trabalhador, mencionada nas entrevistas) pois, praticamente, desconhecem as pessoas que o cuidaram nesta unidade, não tendo contatos posteriores.

Há, neste local, um grande número de rituais que envolvem desde a chegada do paciente, o posicionamento na mesa cirúrgica, a paramentação da equipe, a lavagem das mãos, a montagem da sala, dentre outros.

Esta ritualização pode favorecer o afastamento do trabalhador e do paciente, a automatização das ações e a banalização do atendimento, uma vez que, para a equipe, isso faz parte do seu cotidiano, mas para o paciente essa pode ser a primeira experiência e, portanto, desconhecida e amedrontadora.

Deve ser destacada a importância que o centro de material e esterilização tem no processo cirúrgico, uma vez que é esta unidade que realiza a esterilização do material e, conseqüentemente, interfere na qualidade dos procedimentos cirúrgicos. Este aspecto não parece ser valorizado pelos trabalhadores da enfermagem, o que não contribui para fortalecer os laços entre dois serviços tão interdependentes e importantes.

Com relação ao trabalhador, há um isolamento dos demais colegas, pois cada um desenvolve o trabalho em sala específica, só se retirando ao término das cirurgias que ocorrem nas suas salas. Portanto, há um distanciamento

entre eles, o qual precisaria ser resgatado com frequência em espaços criados para tal.

Ao observar os trabalhadores, não se pode identificar quem são e qual sua categoria profissional, não havendo diferenciação dos mesmos, uma vez que usam as mesmas roupas e não utilizam crachás, só sendo possível diferenciá-los durante a execução de suas atividades.

O estresse dos trabalhadores provocado pelo trabalho em salas em que atendem pacientes acidentados ou em cirurgias como amputações, cirurgias de cabeça e pescoço é evidente, uma vez que lidam com imagens muito agressivas.

No centro cirúrgico, percebe-se uma preocupação significativa dos trabalhadores de enfermagem com o médico (seus desejos, insatisfações, comportamento), tornando-se ele "*o centro*", esquecendo-se que o atendimento das necessidades do paciente é que deve ser o alvo.

A agitação dos trabalhadores, o alto fluxo de profissionais e a presença de muitos ruídos de diferentes intensidades compõem o ambiente do centro cirúrgico. A exacerbação de vozes, ao que parece, justifica-se pela liberação das tensões dos trabalhadores, sendo comum os risos "*sem motivo*".

O centro cirúrgico recebe pacientes, na maioria das vezes, lúcidos, inseguros e ansiosos, tendo em vista os procedimentos invasivos que irão realizar.

Era um local em que a palavra mais comumente associada era "*perdas*", ou seja, retirada de tumor, da vesícula, de projétil de arma de fogo, dentre outras situações. A exceção ocorria nos casos de cirurgias estéticas, por

exemplo.

O processo de trabalho em unidade de terapia intensiva é estruturado em atendimento intensivo, ou seja, com a manutenção do mesmo ritmo de trabalho nas 24 horas, com controles rigorosos e onde se acentua o sofrimento, a angústia e o medo dos pacientes.

A unidade de terapia intensiva caracteriza-se também pelo fluxo elevado de pessoal, tornando o ambiente agitado. Os ruídos dos equipamentos são de grande intensidade, provocando aumento da ansiedade, da irritabilidade e da tensão dos trabalhadores.

Apesar das tentativas da enfermagem de oferecer mais privacidade ao paciente, esta unidade traz muita ansiedade, especialmente para os pacientes lúcidos, porque, pela sua estrutura, reúne-os em um mesmo ambiente, às vezes sem isolamento entre os leitos, possibilitando que eventos como intubações, óbitos, altas e realização de alguns procedimentos sejam observados por todos.

As unidades de terapia intensiva recebiam pacientes adultos em estado grave, de todas as idades, a maioria inconsciente ou com dificuldade de comunicação, exigindo da equipe de enfermagem muitos cuidados.

Os prognósticos eram reservados e a taxa de óbito nestas unidades foi de aproximadamente 50%, o que gerava muita insegurança e estresse nos trabalhadores de saúde que atuavam neste local, uma vez que o investimento emocional e de cuidados é elevado e as mortes estão muito presentes, parecendo, por vezes, que *“tudo foi em vão”*.

As palavras que caracterizaram este campo de trabalho foram *“atenção, alerta”*, pois demarcavam as alterações súbitas no quadro clínico dos pacientes,

o que implicava em intervenções rápidas e eficazes por parte da equipe.

Um aspecto diferenciado que caracteriza o trabalho da enfermagem na **unidade de hemato-oncologia** é a manifestação aparente da doença nos pacientes, como a queda do cabelo e os sinais e sintomas acentuados como náuseas, vômitos e diarreia após a aplicação de algumas medicações.

A doença "*mostra-se para todos*" e, apesar de, em muitos casos, os pacientes parecerem hígidos e com saúde, sua aparência e comportamento, sem dúvida, mobilizam muitos sentimentos nos trabalhadores de enfermagem.

Uma característica especial das unidades de hemato-oncologia é serem compostas por quartos que recebem dois ou três pacientes. Portanto, exceto pela gravidade de alguns pacientes, apresenta-se como uma unidade de clínica médica.

Nesta unidade, os pacientes chegavam em três condições especiais, ou seja, para estabelecer um diagnóstico, iniciar um tratamento ou tratar as complicações decorrentes da terapêutica medicamentosa ou da própria doença.

Os pacientes que internavam nessas unidades eram de todas as idades, de ambos os sexos e com várias internações durante o ano, o que fortalecia os laços afetivos entre eles, seus familiares e os trabalhadores de enfermagem.

A família, nestas unidades, parece ter um papel diferenciado do que nas demais, uma vez que as reinternações são frequentes, e mãe e filho comportam-se como se fosse "*sua casa*". As mães são orientadas para realizarem os cuidados adequados em casa e aprendem a identificar os sinais de alarme que são fundamentais para assegurar uma boa evolução e, acima de tudo, uma vida com mais qualidade para seu filho.

Neste local, a enfermagem tem a concepção da importância da participação da família no tratamento dos seus doentes e que, quando bem orientada, traz informações valiosas e comporta-se adequadamente no contato com eles, participando da sua reabilitação. A aplicação disso na prática da enfermagem como um todo ainda deixa a desejar, mas acredito que são mudanças que vão se consolidando ao longo do tempo e possibilitando a transformação da profissão.

O processo de trabalho no ambulatório de hemato-oncologia tem fluxo de trabalho variável, sendo maior em alguns dias da semana e tendo vinculação estreita com o atendimento médico.

A ansiedade dos trabalhadores e a agitação do ambiente aumentam até o momento em que se inicia a infusão endovenosa das drogas prescritas, em função da dificuldade de puncionar algumas veias. Após este procedimento, o trabalhador e o paciente relaxam e, em alguns casos, o paciente participa do controle do gotejamento da solução, da hidratação do vaso e da retirada do escalpe.

No ambulatório, os pacientes também precisavam de cuidados especiais, estando aparentemente saudáveis e, na maioria das vezes, ansiosos, tendo em vista a necessidade de realizar inúmeros exames laboratoriais, os quais determinavam o encaminhamento do tratamento.

Durante a aplicação dos medicamentos no ambulatório, os pacientes estabeleciam um diálogo a respeito dos seus sentimentos, diagnóstico e tratamento, o que se transformava em um "*grupo terapêutico informal*", assegurando a identificação entre eles através do sofrimento e das

possibilidades de crescimento que este evento lhes pode proporcionar.

Os tratamentos prolongados possibilitavam muitos encontros entre os pacientes, favorecendo um certo "*controle*" de uns sobre os outros, quando buscavam compartilhar as melhoras, as ausências e as mortes.

Pareceu-me que as palavras que melhor expressavam o vivido pelos pacientes, familiares e trabalhadores nestas unidades e ambulatórios de hemato-oncologia eram "*vínculos e esperanças*".

O diagnóstico mais comum entre as crianças é a leucemia e entre os adultos, o câncer de mama (mulheres) e o câncer de intestino (homens). A presença das crianças nestas unidades mobilizava e sensibilizava a enfermagem, provavelmente pela possibilidade de identificação com o sofrimento das mães acompanhantes.

À guisa de síntese e buscando caracterizar essas unidades a partir dos elementos constitutivos do processo de trabalho da enfermagem, poderia dizer que, no que se relaciona aos pacientes e familiares, objetos de trabalho da enfermagem, chegam à instituição em grande sofrimento, especialmente aqueles que procuram o pronto-atendimento ou são encaminhados ao centro cirúrgico para cirurgias de emergência ou à unidade de tratamento intensivo.

Os instrumentos de trabalho utilizados nestas unidades são inúmeros, mas é interessante destacar o aparato tecnológico, especialmente em unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico, e as orientações realizadas pelas enfermeiras aos pacientes e familiares das unidades e ambulatórios de hemato-oncologia. É através delas que os pacientes adquirem mais autonomia e possibilidades de construir uma vida com mais qualidade.

Nas unidades críticas, há necessidade da realização de um trabalho exigente para os trabalhadores de saúde em todos os aspectos, sejam eles físico (desgaste no atendimento), mental (estado de alerta permanente), social (carências dos pacientes) e espiritual (convívio continuado com o sofrimento).

Um dos perigos que ronda estas unidades é a supervalorização dos recursos tecnológicos em detrimento da importância do contato do trabalhador com seus pacientes, sob o pretexto de a máquina ser capaz de identificar alterações mensuráveis, como variações de pulso e pressão arterial. É inegável a contribuição que a tecnologia tem trazido às unidades críticas, no entanto, em nenhum momento, dispensa-se o trabalhador no cuidado direto com o doente envolvendo o toque, a fala, a percepção do outro.

O cuidado ao doente baseado na premissa que os equipamentos podem ser mais importantes que a assistência prestada pelas pessoas, e o conseqüente afastamento do trabalhador do paciente, podem ocasionar uma ausência de reconhecimento do seu trabalho e insatisfação no desenvolvimento do mesmo.

A proteção da qualidade de vida do paciente, o cuidado e o conforto constituem-se na finalidade do trabalho da enfermagem. A partir desta concepção, é provável que o nível de satisfação do trabalhador tenha níveis mais desejáveis, pois se assim não for, pela alta taxa de óbitos, será impossível ter mais prazer na profissão.

Quanto à organização do trabalho nessas unidades, ela envolve aspectos como o ambiente, a força de trabalho, as relações interpessoais, a liderança, o poder dos trabalhadores e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes.

Conforme já apresentado, os trabalhadores de enfermagem que fizeram parte deste estudo foram Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e a pesquisa abrangeu dois hospitais da cidade de Santa Maria - RS, sendo eles o Hospital de Caridade Dr. Astrogildo César de Azevedo - (HCACA) e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por serem os únicos na cidade que têm unidades críticas, as quais foram selecionadas para esta investigação.

A Tabela 1 a seguir apresenta o grupo que compôs este trabalho:

Tabela 1 - Número de Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por Instituição Hospitalar

Trabalhador	Hospital de Caridade	Hospital Universitário	Total
Enfermeira	08	12	20
Técnico de enfermagem	—	01	01
Auxiliar de enfermagem	13	12	25
Total Geral	21	25	46

Foram abordados um total de vinte enfermeiras nas duas instituições, sendo oito do Hospital de Caridade e 12 do Hospital Universitário. Com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, participaram um técnico de enfermagem do Hospital Universitário e 25 auxiliares de enfermagem, sendo que 13 são do Hospital de Caridade e 12 são do Hospital Universitário.

Logo, fizeram parte do estudo um total de 21 indivíduos pertencentes ao quadro funcional do Hospital de Caridade e 25 profissionais vinculados ao Hospital Universitário, perfazendo um total geral de 46 indivíduos.

A Tabela 2 apresenta a relação das enfermeiras, técnico e auxiliares de enfermagem por unidade crítica pesquisada. As unidades pesquisadas foram

em número de cinco, e as mesmas nos dois hospitais, sendo elas: Pronto-Atendimento (PA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI de adultos), Centro Cirúrgico (CC), Ambulatório de Hemato-Oncologia (Amb.HO) e Unidade de Hemato-Oncologia (Un.HO).

Tabela 2- Número de Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por Unidade Crítica

Categoria Unidade crítica	Instituição					Total
	Hospital de Caridade		Hospital Universitário			
	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Enfermeira	Técnico de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	
pronto-atendimento	01	03	03	—	03	10
unidade de terapia intensiva	03	03	02	—	03	11
centro cirúrgico	02	03	03	—	03	11
ambulatório de hemato-oncologia	01	01	01	01	—	04
unidade de hemato-oncologia	01	03	03	—	03	10
Total	08	13	12	01	12	46

É importante ressaltar que, em todas as unidades, pretendia-se colher informações com uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem por turno de trabalho. Em unidades que somente o auxiliar de enfermagem participou, isso ocorreu por motivo de férias, atestado de saúde ou licença-gestante.

O técnico de enfermagem, a partir de agora, estará incluído junto com os auxiliares de enfermagem, tendo em vista que facilita a apresentação dos resultados e não altera a análise dos mesmos.

A idade dos informantes pode ser vista na Tabela 3 que segue.

Tabela 3 - Distribuição dos Trabalhadores de Enfermagem por Faixa Etária

Intervalo (anos)	Enfermeira		Auxiliar de enfermagem		Total
	f	%	f	%	
20 a 30	01	05	08	31	09
30 a 40	13	65	09	34	22
40 a 50	05	25	06	23	11
Mais de 50	01	05	03	12	04
TOTAL	20	100	26	100	46

A faixa etária dos trabalhadores de enfermagem mostrou-se desta forma: 5% das enfermeiras e 31% das auxiliares de enfermagem têm entre 20 e 30 anos de idade, 65% das enfermeiras e 34% dos auxiliares de enfermagem têm entre 30 e 40 anos, 25% das enfermeiras e 23% dos auxiliares têm entre 40 e 50 anos e 05% das enfermeiras e 12% dos auxiliares de enfermagem têm mais de 50 anos.

Pode-se dizer que a faixa etária que se destaca é a de 30 a 40 anos, o que caracteriza um grupo de trabalhadores jovens, mas que já tem algumas vivências ao longo da sua vida.

Com relação ao gênero, 95% dos trabalhadores são do sexo feminino e 5% são do sexo masculino, reafirmando o fato de que a profissão é formada por mulheres, na sua grande maioria.

Pitta (1994) confirma este dado, reafirmando que as atividades de cuidar de doentes, provendo os elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, sempre estiveram delegadas às mulheres.

Já com relação ao tempo de serviço na enfermagem, de acordo com a

Tabela 4, um auxiliar de enfermagem tem entre 0 e 01 ano de serviço (3%), 50% das enfermeiras e 51% dos auxiliares de enfermagem têm entre 01 e 10 anos, o que pode caracterizar um tempo relativamente grande no exercício da profissão. No intervalo de 10 a 20 anos encontram-se 30% das enfermeiras e 35% dos auxiliares de enfermagem, o que caracteriza um grupo homogêneo em termos de tempo de serviço na profissão, bem como indica um contato significativo com a mesma.

Com mais de 20 anos de profissão detecta-se 20% das enfermeiras e 11% dos auxiliares de enfermagem. Com esta característica, pode-se esperar também uma certa homogeneidade no grupo, guardadas as características individuais.

Tabela 4 - Tempo de Serviço dos Trabalhadores na Enfermagem

Intervalo (anos)	Enfermeira		Auxiliar de enfermagem		Total
	f	%	f	%	
0 a 1	—	—	01	3	01
1 a 10	10	50	13	51	23
10 a 20	06	30	09	35	15
Mais de 20	04	20	03	11	07
TOTAL	20	100	26	100	46

Tabela 5- Tempo de serviço dos Trabalhadores nas Instituições Hospitalares

Intervalo (anos)	Enfermeira		Auxiliar de enfermagem		Total
	f	%	f	%	
1 a 10	17	85	19	73	36
10 a 20	02	10	07	27	09
Mais de 20	01	05	—	—	01
TOTAL	20	100	26	100	46

No que se relaciona ao tempo de serviço dos trabalhadores nas instituições hospitalares (Hospital de Caridade e Universitário) (Tabela 5), 85% das enfermeiras e 73% dos auxiliares de enfermagem têm entre 01 e 10 anos, nos respectivos hospitais, caracterizando um grupo que tem algum conhecimento da instituição onde atuam.

Além disso, 10% das enfermeiras e 27% dos auxiliares de enfermagem têm entre 10 e 20 anos de atuação no hospital e 5% das enfermeiras já tem mais de 20 anos de trabalho nas instituições.

Tabela 6 - Tempo de Serviço dos Trabalhadores na Unidade Crítica

Intervalo (anos)	Enfermeira		Auxiliar de enfermagem		Total
	f	%	f	%	
0 a 05	12	60	19	73	31
05 a 10	06	30	04	15	10
Mais de 10	02	10	03	12	05
TOTAL	20	100	26	100	46

Com relação ao tempo de serviço na unidade hospitalar, 60% das enfermeiras e 73% dos auxiliares de enfermagem têm entre 0 a 05 anos de tempo de serviço na unidade hospitalar, 30% do grupo de enfermeiras e 15% dos auxiliares têm entre 05 e 10 anos de trabalho na unidade crítica e 10% dos enfermeiros e 12% dos auxiliares têm mais de 10 anos de serviço na unidade em que hoje atuam.

Estes dados demonstram que, tanto as enfermeiras quanto os auxiliares de enfermagem, têm tempo significativo de experiência junto a essas unidades em que atuam atualmente, o que os habilita a responderem às questões com base nas vivências que experimentam ao longo do tempo. Por outro lado, este

fato pode favorecer a banalização do seu sofrimento e o do sofrimento do outro (paciente ou familiar), bem como da própria assistência de enfermagem, uma vez que podem ter “se acostumado” com aquilo que vêem, percebem, escutam e, principalmente, sentem com relação ao seu processo de trabalho.

Tabela 7- Número de Empregos dos Trabalhadores de Enfermagem

Intervalo (anos)	Enfermeira		Auxiliar de enfermagem		Total
	f	%	f	%	
Sim	08	40	02	08	10
Não	12	60	24	92	36
TOTAL	20	100	26	100	46

No item em que se investigou se os trabalhadores de enfermagem trabalhavam em outro local, observou-se que 40% das enfermeiras e 08% dos auxiliares exerciam outras atividades em outros locais.

Pitta (1994, p. 59) assegura que

... os regimes de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, fato comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si, danificam sua integridade física e psíquica.

A expectativa que tinha e que não foi correspondida, está relacionada ao número de empregos destes trabalhadores. Inicialmente, pensava que muitos deles tivessem mais de um emprego, o que não se confirmou. Apenas 10 trabalhadores têm dois empregos, sendo que destes, dois são auxiliares de enfermagem e oito são enfermeiras.

Outro dado interessante é que, dentre as auxiliares, uma trabalha como enfermeira em outra cidade, na área de saúde coletiva, e a outra atua em uma

clínica de nefrologia. Nos dois casos, é interessante pensar que as atividades podem estar sobrecarregando estes auxiliares em função de uma estar iniciando as atividades como enfermeira em área bem diferenciada, e a outra por estar desempenhando atividades com alto nível de exigência, sendo esta uma área com características semelhantes às unidades pesquisadas, principalmente no que se refere ao estresse do trabalhador.

Já com relação às enfermeiras, duas atuam na docência (Curso de Enfermagem e Técnico de Enfermagem), uma é chefe de enfermagem de um hospital privado e as demais atuam em áreas idênticas às suas (Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Hemato-Oncologia) ou correlatas como Sala de Recuperação. Isso pode levar a pensar que o grupo procura áreas semelhantes à sua, porque tem mais segurança na realização do seu trabalho. Entretanto, deve suscitar a reflexão o cansaço das mesmas, tendo em vista a complexidade no atendimento que estes locais estabelecem.

É importante dizer que, comparando enfermeiras e auxiliares de enfermagem, as enfermeiras buscam mais outros empregos, possivelmente, devido à sua expectativa de "status", por terem nível superior, e não sendo o salário suficiente, procuram complementar sua renda mensal com outra atividade. Com o grupo de auxiliares de enfermagem, este fato ocorre em menor proporção, talvez devido a esta expectativa ser menor, possibilitando que eles aceitem ter menos, conseqüentemente, trabalhando menos. Como o grupo é formado, na sua grande maioria, por mulheres, há ainda as atividades domésticas que são realizadas ou coordenadas por elas, o que se soma às atividades profissionais.

Um dos dados contido nos formulários respondidos pelo trabalhador de

enfermagem incluía a mensuração dos sinais vitais dos trabalhadores de enfermagem no início e final do plantão buscando caracterizar a ansiedade durante o plantão, tendo como objetivo detectar como se sentiam física e emocionalmente, e também se haviam fatores internos ou externos que pudessem perturbar o andamento do trabalho naquele dia.

Considerando os 46 trabalhadores de enfermagem, verifiquei os sinais vitais, no início e final de plantão de 26, o que perfaz um total de 56%. Devido a interrupções no preenchimento do formulário, em quatro deles (9%) os sinais foram verificados parcialmente e 16 trabalhadores não tiveram seus sinais verificados (35%), ou verificados após o início do plantão, o que determinou a perda do mesmo. Dentre eles, destacam-se especialmente, os que atuavam em centro cirúrgico e em pronto atendimento, tendo em vista o andamento das atividades naquele dado momento.

Dentre os 26 trabalhadores nos quais verifiquei todos os sinais vitais no início e término do plantão de maneira completa e comparando-os, observei que:

- ✓ com relação à pressão arterial (PA), 62% (16) dos trabalhadores tiveram redução nos níveis, 23% (06) tiveram aumento e 15% (04) mantiveram os mesmos níveis após a realização do trabalho;
- ✓ considerando os movimentos respiratórios (R), 46% (26) mantiveram o mesmo número de movimentos respiratórios, 33% (10) tiveram diminuição dos mesmos e 15% (04) dos trabalhadores aumentaram estes valores;
- ✓ a temperatura (T) de 54% (14) dos trabalhadores tiveram seus

valores diminuídos, 39% (10) apresentaram elevação dos níveis e 7% (2) mantiveram a mesma temperatura antes e depois da realização do trabalho;

- ✓ a verificação do pulso (P) indicou que o valor do início e do final do plantão também se mantiveram os mesmos em 42% (11), 27% (07) diminuíram os níveis e 31% (08) dos trabalhadores de enfermagem apresentaram elevação nos seus batimentos cardíacos.

Então, vale dizer que a pressão arterial de 62% (16) diminuiu seus níveis, que 46% (12) mantiveram o mesmo número de movimentos respiratórios, que 54% (14) tiveram sua temperatura corporal diminuída e que 42% (11) dos trabalhadores manteve o mesmo número de batimentos cardíacos.

Esperava encontrar sinais vitais mais elevados ao final de cada turno, tendo em vista a sobrecarga de trabalho e o estresse vivido pelos profissionais nestes locais.

Durante a observação nos turnos, pude verificar a agitação na unidade em vários momentos e, especialmente, nos minutos que antecediam a recepção e a passagem de plantão, sendo este um ritual muito desgastante para os trabalhadores, embora necessário.

A recepção do plantão traz preocupação, porque os indivíduos não conhecem, em geral, muitos dos pacientes internados e não sabem o que esperar de cada plantão, por se tratar de unidades críticas e com alta rotatividade de pacientes.

A passagem de plantão é complexa, porque há uma grande preocupação

dos trabalhadores em não deixar atividades pendentes relacionadas à assistência, uma vez que se observa que há uma cobrança entre os turnos, não se caracterizando como uma assistência de enfermagem em 24 horas. Cada turno desenvolve suas atividades, mas demonstra um corporativismo que não se estende aos demais turnos, o que já foi comentado anteriormente.

O que apareceu, ao final do turno, foi uma redução dos níveis de estresse, provavelmente em função do relaxamento do trabalhador, considerando o final do turno, o repasse das atividades e das responsabilidades para as pessoas que estão assumindo o próximo horário.

O estado de alerta aparece mais evidente no início dos plantões e ao final de cada turno. Se vinculado ao desenvolvimento do turno como um todo, apresenta-se como foi o plantão: se foi calmo, o estado de alerta é menor, se foi agitado, a ansiedade e este estado persistem por mais tempo.

Com relação aos achados relatados pelos trabalhadores no formulário e que envolviam sinais e sintomas físicos, encontrei os seguintes resultados:

- ✓ os trabalhadores referiram que, ao final do turno, estavam mais cansados, e pude detectar um aumento das queixas de dores nas pernas, nos pés e secura na boca. Este dado é compatível com as doenças relatadas pelos trabalhadores, provenientes do seu trabalho na enfermagem, especialmente no que se refere às exigências físicas de mobilização de pacientes e deslocamentos contínuos na unidade;
- ✓ ao final do plantão, queixas como palpitações, excesso de saliva, cefaléia e dor gástrica foram reduzidas. Acredito que, em função do relaxamento, por estarem passando o plantão e a responsabilidade

pelo atendimento para os colegas e também por estarem encerrando suas atividades;

- ✓ as referências de bem-estar no final do plantão reduziram drasticamente (de 30 para 17), o que me parece incompatível com a diminuição de queixas de modo geral. Acredito que este dado caracterize a ausência ou diminuição da auto-percepção, ou seja, ouvir a "*linguagem do corpo*", aprendizado árduo, mas essencial para todos;
- ✓ as queixas de lombalgias também diminuíram ao final do turno, o que pode reforçar a idéia de que os trabalhadores não se permitem sentir cansaço, promovendo, inconscientemente, uma diminuição deste sintoma a partir do amortecimento do seu corpo.

Ao iniciar o turno, 27 trabalhadores (70%) informaram estar descansados, sendo que, ao final, este percentual diminuiu para 33%. O cansaço não apareceu especificamente na dificuldade de concentração, pois este item teve um percentual pequeno (15%).

Esperava que os trabalhadores, ao término do expediente, referissem queixas mais objetivas de cansaço físico e mental como sinais de estresse e dificuldade de concentração, uma vez que sua atuação ocorre em unidade crítica, ou seja, onde há uma exigência diferenciada na prestação de cuidados e isso não se confirmou na maioria dos profissionais.

Diante disso, reflito novamente sobre a ausência de consciência corporal e psíquica dos trabalhadores. Muitos referiram que somente sentem seu corpo cansado imediatamente após a passagem de plantão ou ao chegar em casa, ou

seja, quando podem pensar sobre si mesmos. Como é possível anestesiar os sentidos e o corpo desta forma ? É possível que este processo de “*não se sentir*” estenda-se para além do corpo e da mente e alcance a banalização do outro, de si e da própria assistência de enfermagem no cotidiano.

Mayeroff (1971, p. 62) assinala que

... da mesma forma como posso ser indiferente para comigo mesmo como objeto, ou ser um estranho para mim mesmo, eu também posso cuidar de mim, atendendo às minhas próprias necessidades de crescer. Transformo-me em meu próprio guardião, por assim dizer, e assumo a responsabilidade pela minha vida.

Esta afirmativa sinaliza para a importância do trabalhador assumir sua vida, buscando o crescimento como pessoa e, como consequência, tornando-se um trabalhador com mais condições de “*ser e de estar*” junto aos seus pacientes.

Um outro dado interessante diz respeito às dificuldades de relacionamento interpessoal que alcançou um índice de 5% (duas pessoas). Este fato chama a atenção, uma vez que esta é uma das questões referidas por eles que mais acarreta sofrimento no trabalho e não aparece destacada aqui.

Esta vivência foi importante porque, com os dados colhidos, estou convencida de que há trabalhadores com diminuição da sensibilidade para perceberem as mensagens enviadas por seus corpos, não identificando, nem mesmo quando questionados, as alterações apresentadas por eles. Digo isso embasada nas observações realizadas nos turnos de trabalho, onde os trabalhadores tinham um ritmo intenso de trabalho, com exigências físicas e emocionais acentuadas.

Apesar de não ter experiência em trabalhar como enfermeira

assistencial, sentia-me muito cansada ao sair dos turnos em que realizei observações. Imagino como poderiam se sentir os trabalhadores, a maioria mulheres, com duplas jornadas de trabalho (no trabalho e em casa). Acredito que, novamente, surge a imensa preocupação e compromisso com aquilo que eles "*têm de desempenhar*", com aquilo que esperam deles, ou seja, o seu papel social. A necessidade de cumprirem o que está prescrito, suplanta suas necessidades individuais de toda ordem. E, se esperam que ele trabalhe sem cansaço e sem esmorecer, ele fará tudo para que "*assim seja*".

Ao término das seis ou doze horas, observei as enfermeiras e auxiliares de enfermagem preparando-se para ir embora, muitas vezes após plantões muito difíceis. Ao olhar para elas, tinha a impressão que estavam "*chegando ao trabalho*", pois não manifestavam nenhum cansaço físico ou mental. Estas questões demonstraram muito bem a "*naturalização*" de uma noite de trabalho, por exemplo, com a realização de atividades estafantes. Fica evidenciado que "*tem que ser assim*", e parece-me que a questão central da banalização reside em "*procurar ficar bem*", o que seria saudável se não fosse a negação do cansaço, do sofrimento, a negação do direito e do desejo de repousar para repor as energias aplicadas no trabalho.

A partir disso, como chegam em suas casas? Que trocas podem efetivar com seus familiares, se muito da energia que tinham foi gasta e não se deram o direito/dever de repô-las?

Encontrei trabalhadores que trabalhavam 18 ou 24 horas ininterruptamente, sem repousar. Essa questão demanda uma reflexão, uma vez que o repouso após o trabalho é também um dever, uma obrigação do trabalhador, pois dele depende a capacidade de cuidar com qualidade nas

jornadas subseqüentes. Porém, isto não é somente responsabilidade do trabalhador, embora a condição de sua consciência o seja. Cabe bem aqui a análise marxiana sobre determinação social e histórica das condições que geram tal situação.

Outros dados do formulário visavam perceber como os trabalhadores se sentiam no aspecto emocional e como se comportavam a partir desses sentimentos.

Foram respondidos pelos trabalhadores 85% dos formulários, ou seja, 39 formulários. Somente 15% (07) dos trabalhadores não respondeu a essas questões, por motivos como agitação no final do plantão, passagem de plantão com cirurgias em andamento, pressa do trabalhador para ir embora, dentre outros.

Os dados obtidos que tiveram mais destaque caracterizam um trabalhador tranqüilo, seguro, (97%); alegre (33%) e, quase na totalidade (95%), satisfeito com o trabalho. Referiram estar equilibrados emocionalmente (90%) e apenas cinco trabalhadores (11%) citaram problemas familiares, o que representa um número pequeno de pessoas.

Com relação à opção oferecida pelo formulário, alegre ou aborrecido, referiram que não assinalariam nenhuma, pois estavam "*normais*", isto valendo também para adjetivos como cansado e descansado, bem-humorado e mal-humorado, criativo e pouco criativo. Mas o que seria "*estar normal*"? Na definição deles, seria vir ao trabalho e desenvolver as atividades de rotina, sem se deparar com intercorrências. Estas situações é que trariam o aborrecimento ou a alegria, e como não são diárias, esses sentimentos também aparecem

mais esporadicamente.

Parece que o que traz o sofrimento para o trabalhador é ser retirado da rotina e conduzido a tomar decisões para resolver os problemas do dia-a-dia. O que traz o aborrecimento não é o fato novo em si, mas a exigência da tomada de atitudes que, muitas vezes, implica em apresentar uma competência que não é a rotineira, a habitual.

"*Estar normal*" pode significar estar num campo sem forma, não estar nem acima, nem abaixo, estar amorfo, e isso pode caracterizar perdas estéticas a cada momento e que, de tão sutis, são imperceptíveis aos olhos dos trabalhadores, mas ao mesmo tempo fundamentais para o seu equilíbrio.

Dejours (1999, p.36) assinala que

... a normalidade é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto, a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de "normalidade sofrente", sendo pois a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma "normalização" pejorativa, desprezível, obtida pela "interiorização" da dominação social, e sim pelo resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões no trabalho.

Identifica ainda a "*normopatía*" como um termo utilizado por certos psicopatologistas, com o objetivo de identificar algumas personalidades que se caracterizam por sua extrema "*normalidade*", no sentido do conformismo com as normas do comportamento social e profissional.

Os "*normopatas*" são indivíduos pouco imaginativos, pouco fantasistas, pouco criativos e que costumam ser notavelmente integrados e adaptados a uma sociedade na qual se movimentam com desembaraço e serenidade, sem

serem perturbados pela culpa, a que são imunes, nem pela compaixão; como se não vissem que os outros não reagem como eles; como se não percebessem mesmo que os outros sofrem. Nesta pesquisa não foi possível aprofundar essas questões, entendendo, no entanto, que é interessante sinalizar para esta questão, por certo merecedora de novas investigações.

Diante desses dados, entendi ser importante relacionar as doenças apresentadas pelos trabalhadores e relacionadas ao seu trabalho na enfermagem.

Tabela 8 - Doenças apresentadas pelos trabalhadores e relacionadas ao trabalho na enfermagem

DOENÇAS PROVOCADAS PELO TRABALHO	f	%	Encaminhamentos
- Problemas de Coluna	14	48	- 02 - Mencionam ter tirado atestados médicos em vários momentos. - 12 - Cuidados no dia-dia: (Quando possível) e evitam mobilizar pacientes pesados.
- Varizes	06	21	- 05 - Referem cuidados gerais como uso de meias, elevação das pernas, dentre outros (quando possível). - 01 - Fez cirurgia
- Bursite e tendinite	02	7	- 01 - Já fez tratamento. Atualmente não trata.
- Hipertensão Arterial Sistêmica	02	7	- 01 - Faz tratamento contínuo. - 01 - Não trata com medicações pois é eventual.
- Angina estável	01	3	- Está tratando.
- Gastrite	01	3	- Está investigando.
- Depressão	01	3	- Fez tratamento.
- Rinite alérgica	01	3	- Faz tratamento há 05 anos.
- Hipotireoidismo	01	3	- Em tratamento contínuo.
- Hipertireoidismo	01	3	- Em tratamento contínuo.
- Tireoidite crônica	01	3	- Em tratamento contínuo.
- Hiperinsulinemia	01	3	- Em tratamento contínuo.
- Plaquetopenia	01	3	- Exames laboratoriais periódicos.

Com relação às questões apresentadas na Tabela 8 posso dizer que, dos 46 trabalhadores que participaram do estudo, 17 deles (37%) referiram não apresentar nenhuma doença associada ao trabalho e 29 (63%) informaram apresentar doenças relacionadas a ele ou agravadas pelo seu desempenho profissional. Isso me parece um índice alto, considerando, especialmente, que 50% das enfermeiras e 51% dos auxiliares de enfermagem têm entre um e dez anos de serviço nesta profissão (Tabela 4) e um longo caminho a percorrer com relação ao tempo de serviço para aposentadoria.

Vinte e nove trabalhadores (29), 63%, referiram uma ou mais doenças provocadas ou agravadas pelo exercício da enfermagem, sendo que 14 (48%) citaram distúrbios relacionados à coluna vertebral, como hérnia de disco, escoliose, lesão do nervo ciático e sintomas como dor lombar.

Marziale (1995) confirma este achado em estudo realizado com trabalhadores de uma unidade de cardiologia, quando encontrou as cervicolombalgias como os diagnósticos mais freqüentes dos atestados médicos.

Outro problema que apareceu evidenciado na fala dos trabalhadores é o aparecimento ou agravamento de varizes, em 21%, ou seja, seis pessoas referiram este aspecto. As demais doenças referidas por eles incluíram: tendinite e bursite (dois casos), hipertensão arterial sistêmica (dois casos), angina estável, gastrite, depressão, rinite alérgica, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tireoidite crônica, hiperinsulinemia e plaquetopenia (um caso cada um).

Codo (1999) diz que dores de cabeça, dores nas costas, perda de voz, irritabilidade, dificuldade em estabelecer relações mais profundas podem ser

sintomas atribuídos ao sofrimento do trabalhador que se manifesta, tendo em vista a não vazão adequada da energia afetiva, na qual o indivíduo se auto-agride.

Ao refletir sobre as doenças referidas anteriormente, classificá-las-ia em quatro grupos. No **primeiro grupo**, estariam as doenças provocadas pelas exigências físicas do trabalho de enfermagem em unidades críticas, ou seja, advindas do trabalho realizado em pé por longos períodos, da sobrecarga de peso na movimentação de pacientes no leito e no transporte dos mesmos (sobrecarga da coluna e das articulações, varizes, bursites e tendinites), o que pode ser denominado de risco mecânico.

Silva (1998) considera que as doenças da coluna vertebral têm fundo eminentemente psíquico e merecem especial destaque pelo que encerram de simbólico e pelo que influenciam a vida e o bem-estar das pessoas. O mesmo autor diz ainda que a região lombar desempenha papel importante nas atividades básicas da vida: opor-se, manter-se, ou, ao contrário, curvar-se, ceder, sujeitar-se. Ela é o nó das lutas e dos fracassos e em um dos pólos está a derrota, a depressão, no outro pólo a recusa, a disposição para o enfrentamento, a revolta, a reivindicação. A impossibilidade de erguer adequadamente a coluna agride o amor-próprio da pessoa, implicando na idéia simbólica, evidentemente, de que está abandonando a dignidade humana. A postura do indivíduo pode refletir o estado do seu psiquismo, expressando o que poderíamos chamar de linguagem corporal .

Na enfermagem, a atitude de submissão, de sujeição, está presente em maior ou menor grau, certamente decorrente da sua história, sendo difícil de reverter ainda nos dias de hoje. As falas dos trabalhadores elucidam estas

questões:

O que tu sentes com o tempo são os problemas de coluna, de varizes, que vão aparecendo devido ao ritmo de trabalho na área de enfermagem. Eu faço 13 plantões por mês, de 12 horas (Marília, A-CC).

Noto bastante problema de coluna e as varizes que não tinha antes de trabalhar. A gente faz muita força para virar os pacientes muito pesados. A única coisa que faço, às vezes, é erguer as pernas (Anita, A-HO).

Eu tenho problema de coluna, dor nas pernas, cansaço físico. Tu sabes que, diariamente, deves chegar em casa e erguer os pezinhos para cima, descansar... eu tento, mas nem sempre tu consegues ... (Rosa, A-Am).

Nestes depoimentos, fica evidenciado o conhecimento de como se cuidar, mas também a dificuldade encontrada pelos trabalhadores em efetivar esses cuidados simples consigo mesmos. Como cuidar dos outros, sem prestar atenção e buscar atender às suas necessidades?

Meleiro (1999) assegura que o médico é um paciente difícil de tratar, porque questiona os efeitos das drogas com muito rigor e tem resistência ao tratamento pela impotência de não ser capaz de se tratar sozinho. Acredito que esses achados podem ser ampliados para os trabalhadores de enfermagem, pela resistência em se cuidarem corretamente e em acompanhar a evolução das suas doenças com mais cuidado.

No **segundo grupo**, estariam as enfermidades provocadas ou desencadeadas pelo estresse proveniente do estado de alerta permanente, da sobrecarga emocional, bem como dos eventos situacionais esperados ou não, podendo ser denominados como riscos ou danos psicossociais. As doenças que compõem este grupo são a hipertensão arterial sistêmica, a angina estável, a gastrite e os estados depressivos.

Tonhom (1997), em seu estudo, refere que, dentre os trabalhadores de

unidades de terapia intensiva, as queixas mais importantes são de ordem emocional, com sintomas como angústia, ansiedade, cansaço mental, irritabilidade, desânimo, depressão dentre outros. Em segundo lugar, aparecem as alterações de coluna vertebral, como a dor lombar e a diminuição da força muscular.

A depressão e a intolerância com os cônjuges e filhos foram também mencionadas por esses trabalhadores, como resultado das preocupações decorrentes do trabalho.

Silva (1998, p.45) acredita que, *“nos seres humanos, a grande determinante do potencial nocivo do estresse é um estado interior de insatisfação consigo mesmo e com a vida”*. Informa ainda que o estresse provoca uma reação nos denominados *“órgãos de choque”*, como os intestinos, o estômago, as artérias e o coração e que, com a repetição das situações estressantes ao longo da vida, a pessoa adquirirá gastrites, úlceras, mau funcionamento do intestino, hipertensão e infarto do miocárdio.

Diz ainda que a relação entre distúrbios do aparelho digestivo e sofrimento psíquico é uma das mais antigas noções de psicossomática, por várias razões: o fato de dois componentes do tubo digestivo (boca e ânus) serem importantes vias de comunicação do interior do organismo para o meio exterior; a importância da alimentação e da excreção na formação da personalidade e no psiquismo da criança nos primeiros anos de vida, e a estreita vinculação do tubo digestivo com o sistema nervoso autônomo e mecanismos hormonais de estresse.

O mesmo autor assegura que os fatores emocionais como aumento da

tensão, ansiedade, hostilidade e outros semelhantes, desempenham papel significativo, se não na gênese da hipertensão arterial, certamente no seu agravamento e desencadeamento.

Quando eu abuso, eu noto alterações, eu me estresso muito, principalmente na época que tem pacientes gravíssimos e pouco pessoal e eu faço esforço físico porque é necessário colocar a "mão na massa", tem que virar paciente, e esta "academia gratuita" faz com que eu sinta tontura ao forcejar (Elisa, E-UTI).

A exposição a produtos químicos colocaria a rinite alérgica e a plaquetopenia no **terceiro grupo** e, no **quarto grupo**, estariam elencadas as doenças desenvolvidas no trabalho e que não têm sua origem esclarecida. São as doenças ligadas ao funcionamento da tireóide e ao pâncreas e que, segundo os trabalhadores informaram, foram diagnosticadas em momento de grande estresse para eles, o que faz pensar na forte vinculação entre o emocional e o físico.

Silva (1998) diz que a maior parte dos estudiosos deste assunto reconhecem uma clara associação entre o desencadear do quadro (manifestação de doença glandular) e uma situação emocional importante. No caso específico do hipertireoidismo, as situações ameaçadoras ao eu do indivíduo e às suas defesas e que provocam angústia importante, são favorecedoras do aparecimento dessa patologia.

Eu já ouvi falar que isso (hiperinsulinemia) seria comum nesse tipo de trabalho (enfermagem). Depois que eu fiquei sabendo que tinha esse distúrbio, soube que três ou quatro pessoas nessa área também se descobriram com isso (Catarina, E-CC).

Acredito que a causa do hipertireoidismo pode ter sido a sobrecarga muito grande de trabalho (Giana, E-PA).

Apesar do aparecimento de doenças relacionadas à sobrecarga

emocional, não há nenhuma manifestação de desejo por parte destes trabalhadores, de troca de local de trabalho, e parece-me que isso expressa a questão do papel social em que aquilo que é esperado dele suplanta qualquer situação e ele fará tudo para responder a isso. Lembro, também, que o trabalho em unidade crítica pode conferir certo “*status*” ao trabalhador, bem como um reconhecimento das suas habilidades técnicas.

Encontrei três situações em que isso ocorreu, talvez podendo ser compreendidas também pela necessidade que o trabalhador tem de acompanhar a evolução das doenças e de suas terapêuticas, fazendo um certo controle sobre sua situação particular.

As alterações imunológicas (depressões) também são relacionadas à depressão psicológica, sendo este fato aceito por muitos pesquisadores como uma vinculação indubitável.

A minha plaquetopenia começou justamente quando vim para a unidade de hemato-oncologia. Acho que tem a ver com preparo de medicações tóxicas, sem o devido cuidado (Solange, A-HO).

... quando estou em férias eu não trato rinite, mas quando volto a trabalhar começa tudo de novo. Tenho propensão a problema de vias aéreas superiores, soma com o ambiente fechado, ar condicionado ligado, mudanças de temperatura, eu entro aqui e começo a espirrar (Heloísa, E-CC).

Seria interessante averiguar o que significa para os trabalhadores ter doenças provenientes do trabalho e como eles relacionam-se com as mesmas, uma vez que não se dão conta ou não têm informações do alto índice de doenças entre os trabalhadores das unidades críticas. Será que percebem o potencial que seu ambiente de trabalho oferece na aquisição das doenças? É provável que não, uma vez que não conhecem esses dados obtidos entre eles.

Em unidade crítica isso tem outro matiz, uma vez que são locais

especiais que demandam competência técnica e emocional do trabalhador, não se podendo substituí-lo por outro imediatamente. Exige do trabalhador um treinamento adequado, uma afinidade por atuar em unidades fechadas e uma "*resistência diferenciada*" dos demais que atuam em outras áreas hospitalares.

Outro aspecto que chama a atenção é a ausência de preocupação por parte das instituições de saúde com a saúde dos trabalhadores, uma vez que não há um monitoramento de sua saúde no sentido de evitar as doenças ou de tratá-las quando elas se manifestam.

A implantação de programas direcionados à saúde do trabalhador nos dois hospitais, envolvendo trabalhadores expostos continuamente a um trabalho exigente, extenuante, em que mobilizam muitos pacientes, permanecem em pé por 6 ou 12 horas contínuas, têm contato com produtos químicos tóxicos diariamente, poderá contribuir para a redução desses problemas.

A organização do trabalho em unidade crítica está relacionada, neste momento, a aspectos como ambiente, força de trabalho, relações interpessoais, poder e autoridade, liderança, trabalho em equipe e qualidade da assistência prestada por todos os profissionais de saúde.

A seguir, serão pontuados alguns destes dados obtidos nas entrevistas com enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Ao falar sobre **o seu ambiente e dizer como isto interfere na sua vida**, as respostas, de uma maneira geral, caracterizaram as unidades críticas com área física pequena, número insuficiente de salas e, portanto, inadequadas para as atividades que ali são realizadas.

Referem também que faltam materiais de consumo, medicamentos,

equipamentos, mobiliário, leitos em algumas unidades e pessoal para atender a demanda de doentes. A organização do ambiente também é citada, considerando que o trabalho seria mais tranqüilo se o ambiente fosse mais organizado.

Se o ambiente fosse mais organizado, não precisava perder tempo. Isso deixa a gente mais estressada, agitada e quando chega em casa não consegue nem descansar direito... (Anita, A-HO).

No que se refere ao número de trabalhadores por turno e a realização de atividades específicas de cada categoria, assim eles se expressam:

... eu acho que tu tens que chegar no serviço e trabalhar, tu não tens que analisar se tem ou não tem pessoal. Eu não sou o tipo de pessoa, como alguns colegas que chegam e dizem que não tem gente para trabalhar...o plantão está agitado, trabalha, chega e abraça o serviço (Carolina, A-PA).

... se faltam pessoa,s isso gera insegurança, tu tens que te desdobrar e fazer o serviço do auxiliar e deixa para traz o trabalho da enfermeira, porque tem que fazer coisas prioritárias, como aspirar um paciente...(Júlia, E-UTI).

Estas falas expressam a falta de consciência da importância do seu papel nas mudanças, bem como a alienação caracterizada pela ausência de reflexão.

Pode, por outro lado, evidenciar uma ausência de comprometimento ou de percepção de que a qualidade do atendimento depende também deste aspecto essencial.

Estes trabalhadores afirmam que sofrem por não conseguir realizar aquilo que é de sua competência e demonstram a alienação, quando não questionam e não referem nenhuma iniciativa (conformam-se) em ter um número insuficiente de pessoas para atender às demandas e necessidades dos pacientes internados.

Evidentemente que a questão ética, no que se refere à importância do auto-cuidado e do cuidado adequado do outro, ou seja, da qualidade da assistência, não é questionada por eles.

É referido pelos trabalhadores que falta tempo para que possam conversar com os doentes, devido ao alto fluxo de trabalho. Em unidades como pronto-atendimento, também informam não dispor de biombo suficientes ou divisórias que isolem um pouco mais os doentes e seus acompanhantes, dando-lhes mais privacidade.

Mas também o trabalhador identifica a importância de ter satisfação em atuar em determinado local de trabalho e assim se expressa:

... o trabalho é o segundo local que a gente passa mais tempo, então tem que ser bom, senão eu vou estar insatisfeita...
(Marta, E-H0).

A partir desses ambientes, carentes em vários aspectos, o pessoal de enfermagem identifica em si mesmos, manifestações de estresse, angústia, alterações do sono e dificuldade de relaxar após o plantão, o que repercute no seu cotidiano.

Apesar de evidenciarem estes aspectos e de perceberem a vinculação entre o trabalho e sua vida, os trabalhadores ainda não conseguem se dar conta da importância da sua participação no seu trabalho para reverter essa situação, bem como da necessidade de estabelecer atitudes concretas que possibilitem mudanças neste cenário.

Eles (comunidade e pacientes) não sabem que nós não podemos fazer nada, só atender como podemos. As coisas poderiam ser mais bem feitas. A gente procura, se sacrifica, fica com pena dos pacientes, porque tu não podes dar atenção, um apoio psicológico, mesmo que eles estejam sós, tu não podes bater um papo que seja (Denise, A-PA).

Por outro lado, aparece a contraposição, ou seja, uma certa onipotência, onde ele é capaz de resolver tudo.

A gente dá um jeito, fica mais difícil, mas tem um jeito para tudo, a gente val levando...(Nádia, A-HO).

Percebo que eles não conseguem identificar quais são os fatores do ambiente que poderiam sofrer mudança a partir da interferência dos profissionais, até porque, em muitas situações, as enfermeiras sentem-se responsáveis "*por tudo aquilo*" que acontece em seu local de trabalho.

Em algumas entrevistas aparecem incongruências, quando dizem que "*tudo está bem*", mas elaboram um rol de coisas que poderiam ser melhoradas e que "*logo serão...*".

Em outras entrevistas, parece haver uma paciência infundável, um conformismo com as situações, que "*um dia serão melhoradas*", aparecendo a banalização das situações, em que tudo pode ser contornável, onde comparam sua unidade de trabalho com outras unidades de instituições diferentes e o trabalhador demonstra sublimar o sofrimento, porque "*gosta muito do que faz*". O discurso ilustra essa questão:

... acho que dentro da capacidade da gente, a gente consegue manter, não no nível que a gente queria tecnicamente, mas acho que de vez em quando a gente consegue manter no nível de pronto-atendimento de pobre (Denise, A-PA).

Esses dados demonstram o quanto os ambientes de trabalho inadequados são identificados pelo trabalhador. Isso remete à importância de ter profissionais que identifiquem os problemas e possam se organizar para fazer frente a eles dentro da instituição, enquanto sujeitos também responsáveis pela qualidade da assistência prestada na instituição. Com relação a isso, dizem que

... os plantões que são calmos a gente consegue sair daqui e esquecer, mas aqueles que são tumultuados e que tu não vences, não consegues dar conta de todas as atividades de enfermeiro e fazer toda a parte do auxiliar. Quando tem pouca gente, tu vais para casa e custa a desligar. Dá insônia, fica pensando no que ficou para trás e no que tu não conseguiste fazer (Giana, E-PA).

Com relação ao ambiente, ainda relacionam o alto fluxo de pessoas nas unidades, a falta de material em quantidade, sendo que a qualidade é boa, e de medicamentos para aliviar a dor do paciente, motivo de muita angústia para o trabalhador.

No Hospital Universitário, os materiais são adquiridos por licitação, o processo é demorado, burocratizado e nem sempre se pode adquirir o material de melhor qualidade.

Dentro desta perspectiva, a (des)organização do trabalho é um dos fatores principais que interfere no sofrimento do trabalhador, porque inclui a responsabilidade da instituição em oferecer condições adequadas de trabalho. Com relação a este aspecto, houve menção ao ambiente físico, muitas vezes inadequado com relação à estrutura, e também com relação às pressões emocionais sofridas pela enfermagem em unidades críticas como elucida a fala a seguir:

... tem que ser considerado que este ambiente é de extremo sofrimento e tu não tens como separar isso da vida e que é um ambiente de insegurança que tu nunca sabes o que pode vir (Patrícia, E-UTI).

A imprevisibilidade e o sofrimento constante dos pacientes e trabalhadores são aspectos que contribuem para que os trabalhadores evidenciem a interferência do trabalho na qualidade de sua vida.

É apontada também a importância de um ambiente "emocional"

adequado, com harmonia, com respeito, em que os trabalhadores sintam-se bem, tranqüilos para trabalhar.

A questão seguinte era sobre como o trabalhador percebia a **força de trabalho, no que se refere à quantidade, qualificação e satisfação do trabalhador** naquele local.

As respostas tiveram uniformidade, quando indicaram que há falta de pessoal em todas as unidades, com escalas "*justas*", (no sentido de número mínimo de pessoal), o que ocasiona problemas especialmente nos períodos em que ocorrem férias, atestados de saúde, licenças-gestante, dentre outras situações.

No que tange à qualificação do pessoal, referem que o grupo tem um nível semelhante, havendo dificuldades em situações em que o trabalhador não se empenha para desenvolver o seu trabalho com mais qualidade.

Houve referências de que sentem necessidade de reciclagens periódicas, para que possam se instrumentalizar melhor, atuando com mais qualidade e acompanhando as transformações do dia-dia, em especial no que diz respeito a novos equipamentos e fármacos.

Um indivíduo ressalta a importância de se ter mais atenção com o relacionamento interpessoal entre colegas, com o paciente e sua família, com a equipe, o que considera fundamental para a execução de uma assistência de enfermagem com qualidade.

Com relação à satisfação no trabalho, referem que, em todos os setores, há pessoas insatisfeitas com alguma questão, seja salarial, seja com a chefia ou com a própria instituição. Dentre as queixas relacionadas à instituição,

aparece a pouca valorização profissional, os controles rígidos por parte da administração geral do hospital e o uso de condutas diferenciadas estabelecidas para os trabalhadores de enfermagem das diferentes unidades (privilégios), o que sugere uma discriminação importante, pois

... quanto à motivação, ela não existe, porque tem que fazer aquilo e está acabado. Não tem estímulo ao funcionário por parte da direção geral, só por parte do pequeno grupo. Isso deixa a gente meio frustrada. Eu faço o que eu gosto, mas chega um ponto que a gente pergunta se isso deve ser assim mesmo... (Anita, A-HO).

Entretanto, em geral, as pessoas informaram estar satisfeitas com o trabalho em si. Quando perguntados sobre a repercussão que estes aspectos da força de trabalho têm sobre suas vidas, relacionam-na com a vida, dois indivíduos expressam que

... quando o pessoal não está bem consigo mesmo, acaba descarregando aqui... (Olívia, E-UTI).

... eu acho que todo mundo sai daqui meio estressado, não tem esse ou aquele que vai dizer que está super feliz com o seu trabalho e a vida das pessoas lá fora acaba tendo uma descida... (Paula, A-PA).

Alguns trabalhadores dizem que, quando há pouco pessoal, a sobrecarga, a insatisfação, a angústia e os sinais de estresse e de cansaço físico e mental manifestam-se, o que traz frustração, tendo em vista não conseguirem realizar todas as atividades previstas. Um trabalhador diz ter dificuldade de se dar conta do desgaste físico e mental que vai ocorrendo gradativamente e refere que

... por mais que os dias passem e alguns sejam mais calmos, a gente vai acumulando cansaço... Quando o plantão está calmo, a gente tem a "falsa sensação" de que não está cansada, falsa porque ele vai se acumulando ao longo do tempo (Giana, E-PA).

Novamente, isso me leva a pensar no quanto os trabalhadores "escutam"

pouco o seu corpo, o quanto não têm espaço na sua vida para refletir sobre o seu trabalho e as vinculações que o mesmo tem com a sua vida. Esses sentimentos de prazer e de desprazer passam a ser desconsiderados, banalizados como parte do dia-a-dia, como se não merecessem atenção.

A capacidade para identificar problemas associa-se à impotência para modificar o que está estabelecido e isso se faz presente, quando um entrevistado se refere ao trabalho dos colegas, afirmando que

... tem gente que se acomoda e deixa os outros trabalharem mais do que eles, se acomodam num canto, acham outra coisa para fazer e quando surge algo mais grave, te deixam sozinha, te abandonam e não estão nem aí se tu está te ralando, mas o que fazer? (Valéria, A-UTI).

Há uma falta de confiança no que cada trabalhador é capaz de fazer individual e coletivamente, do poder que têm, desde que organizados e atentos aos objetivos que querem alcançar, podendo provocar a tendência a acomodar-se, a fazer somente as ações da rotina, algo próprio de um cotidiano prescrito.

Um outro aspecto que parece trazer muito sofrimento para o trabalhador nestas unidades é a imprevisibilidade, aspecto inerente às unidades críticas. Isso se manifesta, especialmente, para aqueles que atuam no pronto atendimento e que têm como norma atender a todas as pessoas que chegam ao hospital.

Com relação ainda à força de trabalho, houve referência com relação à preocupação dos trabalhadores acerca dos quadros depressivos apresentados por alguns deles.

Um outro aspecto mencionado foi a falta de tempo para realização do intervalo previsto durante as jornadas de trabalho, o que inclui o lanche da equipe de enfermagem. O que transparece é que a equipe dispõe-se a abrir mão

destes momentos que não são privilégios, mas direitos dos trabalhadores, e também parece não dimensionar a importância dos mesmos para a melhoria da qualidade do atendimento aos doentes.

Um outro item que aparece com muito destaque é o desinteresse médico no atendimento aos pacientes, bem como as suspensões de cirurgias sem justificativa, o que tem trazido muito descontentamento para os profissionais da enfermagem.

Surge ainda o relato da necessidade de realizarem mais reuniões para ajustarem questões não discutidas em grupo, percebendo-se a carência que têm de decisões tomadas coletivamente.

No que tange à relação de funcionários X número de pacientes X complexidade do quadro clínico, pude perceber algumas características que merecem ser relatadas:

- a) as unidades críticas, de maneira geral, têm um quadro de pessoal "*justo*" não tendo previsão para substituição de atestados de saúde, licenças-gestante, licença gala ou nojo, o que dificulta o trabalho diante dessas situações. No Hospital Universitário, essa situação vem se agravando uma vez que, como hospital público, não tem liberação para realização de concursos e, conseqüentemente, para contratação de pessoal;
- b) os centro cirúrgicos têm assegurado o funcionamento das suas salas a partir do número de auxiliares de enfermagem por turno (circulantes de sala). Entretanto, quando há falta de pessoal e salas são fechadas, há muita repercussão no ambiente,

principalmente por parte da equipe médica. Há também o ônus do paciente que estava preparado para o procedimento cirúrgico e que tem que aguardar nova oportunidade, o que traz muita angústia para a enfermeira;

- c) os trabalhadores do pronto atendimento do Hospital Universitário encontram-se num momento diferenciado, porque atendem a uma média de trinta pacientes internados por dia com o mesmo número de trabalhadores que atendiam os pacientes em observação anteriormente (uma média de 12 pacientes). A partir disso, a tensão e a angústia dos trabalhadores é muito mais elevada, uma vez que eles nunca têm previsão dos atendimentos eventuais que irão realizar no seu turno e dos cuidados aos doentes internados na unidade;
- d) os ambulatórios de hemato-oncologia têm dias e horários de estrangulamento e um número pequeno de trabalhadores. Um número maior diminuiria a sobrecarga de todo grupo e possibilitaria o desenvolvimento de projetos por parte das enfermeiras;
- e) um fator importante que causa ansiedade nos trabalhadores é a exigência do controle rigoroso do material utilizado durante o turno, especialmente em unidade de terapia intensiva e em centro cirúrgico.
- f) em algumas unidades não há enfermeira nas 24 horas, somente tendo cobertura da enfermeira que faz a supervisão geral do hospital, o que deixa uma lacuna no desenvolvimento do trabalho

da enfermagem, gerando insegurança e ansiedade em muitos trabalhadores.

Na questão sobre as **relações interpessoais e a interferência delas na vida do trabalhador**, informaram, na sua maioria, que o relacionamento entre as pessoas que atuam naquelas unidades é bom e que, pelas características das unidades, as relações são muito próximas, existindo uma interdependência para realização do trabalho, o que pode ser aproveitado para o estabelecimento de relações mais satisfatórias.

Houve um destaque dado por alguns profissionais que se admiram quando os médicos do setor conversam com o grupo ou quando, ao solicitarem alguma coisa, pedem com delicadeza e os tratam de "igual para igual".

Os médicos que trabalham aqui vêem o sacrifício da gente. A gente é tratado de igual para igual, come junto, trabalha junto, os auxilia quando precisam, até porque a gente está aqui para trabalhar... (Denise, A-PA).

Esta fala expõe os sentimentos que muitos profissionais da enfermagem ainda têm com relação aos médicos, sentindo-se muitas vezes inferiorizados, com menos poder, especialmente em função do conhecimento.

Alguns trabalhadores tem consciência das dificuldades naturais que envolvem os relacionamentos entre as pessoas, entendendo que esse processo tem muitos componentes, dentre eles a personalidade das pessoas, o contexto, não dependendo unicamente de uma pessoa.

Consideram ainda que as dificuldades nas relações interpessoais estão, basicamente, vinculadas ao processo comunicacional inadequado, o que deve ser revisto continuamente no cotidiano do trabalho.

Marziale (1995), ao analisar a situação ergonômica do trabalho de

enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, percebeu que a dificuldade de comunicação entre a equipe médica e de enfermagem traduzia-se em insatisfação para os trabalhadores, uma vez que repercutia na assistência de enfermagem e representava uma fonte de risco, especialmente devido à falta de comunicação pelos médicos das suspeitas e diagnósticos de doenças transmissíveis.

Outro dado interessante relatado por eles, diz respeito aos pacientes e seus familiares, uma vez que especialmente em algumas destas unidades, como hemato-oncologia e unidade de terapia intensiva, são estabelecidos laços afetivos e de amizade, tendo em vista o tempo de convívio e permanência dos pacientes nestas unidades. Nestas situações, a identificação do trabalhador com os pacientes pode estar presente, bem como o sofrimento decorrente disso.

A fala do profissional demonstra isso:

... às vezes, eu tento fugir das histórias para não me envolver muito...eu procuro ler, mas acabo ouvindo as histórias...E tem histórias tão tristes que eu agradeço a Deus o que eu sou, ter o que tenho, nem perto do que eles têm... (Helena, E-Am).

A formação dos profissionais de saúde também é mencionada, no sentido da academia não favorecer discussões que revelem a real importância de um bom relacionamento interpessoal entre equipes, profissionais, pacientes e seus familiares (respeito, valorização profissional, dentre outros), o que pode possibilitar aos trabalhadores viverem seu cotidiano com mais alegria e harmonia e aos pacientes superar este período desafiador de suas vidas.

Os trabalhadores evidenciaram a importância e a complexidade dessas relações no trabalho, sendo também responsáveis por mais sofrimento ou mais

prazer, e tendo repercussões na vida do trabalhador como preocupação, angústia, tristeza ou alegria, compartilhamento com os colegas e sentindo realização com o desempenho da sua atividade, respectivamente. Para eles,

... isso é muito importante... Deve ser horrível trabalhar num lugar em que a gente não se dá bem... (Anita, A-H0).

... ter um bom relacionamento com as pessoas é ótimo, tu te sentes mais segura, com mais ânimo, mais pique para trabalhar.. (Júlia, E-UTI).

Os problemas de relacionamento, quando ocorrem, causam desconforto ao trabalhador como pode ser visto na fala a seguir, pois

... problemas, quando acontecem, interferem na minha vida, a gente fica preocupada, fica pensando que podia não ter acontecido... (Flávia, A-PA).

Quando o trabalhador não se percebe estressado ou cansado, ele pode ter, além do sofrimento e das dificuldades para se relacionar, a culpa de levar isso para a sua família e aí, ele assim se expressa:

... às vezes não me dou conta do cansaço e das minhas dificuldades de relação com as pessoas em função disso... O ruim é que, quem ouve são as pessoas mais queridas e que não deveriam passar por isso... (Giana, E-PA).

Outros itens elencados estão mais relacionados à instituição, tais como: demanda maior de pacientes que a capacidade de atendimento das instituições; falta de leitos para internação; determinações arbitrárias da administração geral e, portanto, difíceis de reverter; número elevado de horas semanais para os trabalhadores da enfermagem; falta de equipamento adequado para realização de raios x no ambiente hospitalar, a ser usado por quem permanece acompanhando o exame; índice de insalubridade pequeno para a enfermagem; extravio de prontuários; tempo de internação elevado nas unidades críticas e atrasos no atendimento dos pacientes vinculado às prescrições médicas.

A fala a seguir evidencia a importância dos pacientes participarem do seu tratamento como cidadãos, requisitando seus direitos.

Isso só vai melhorar quando os pacientes reclamarem do atendimento e não é a enfermagem que tem que assumir esta briga (Glória, A-Am).

Expõe, também, o conflito do trabalhador quando, ao repassar para o paciente esta ação, exime-se do seu compromisso de “*estar ao lado do paciente*”, realizando os enfrentamentos necessários e se empenhando para assegurar a qualidade da sua assistência.

São destacadas, também, as condições de trabalho inadequadas, quando referem que estas trazem danos à saúde física e mental dos trabalhadores, além da diminuição da qualidade da assistência prestada aos pacientes, ao dizerem que

... parece que a gente não vai vencer o serviço e isso me angustia muito (Kátia, E-PA).

A grande maioria das situações que trazem angústia e sofrimento para os profissionais da enfermagem não estão relacionadas diretamente à enfermagem ou não são de sua total responsabilidade, mas, apesar disso, há uma intranqüilidade dos profissionais por não desempenharem suas funções como gostariam.

Eu gostaria que o paciente estivesse limpo, com a roupa de cama trocada e poder sair daqui com a consciência tranqüila, poder deitar no travesseiro e dormir em paz... (Denise, A-PA).

Aparecem ainda dados relacionados à dificuldade nas relações, como o descaso, o desrespeito dos profissionais da saúde com familiares e pacientes, a falta de ética, incluindo também o desconforto sentido pelos profissionais da enfermagem frente às queixas médicas de toda ordem e as advertências das

chefias para a equipe de enfermagem. Assim, o auxiliar expressa que

... até que o sofrimento não é na tua casa, tu penses assim... o dia que ele entrar pela tua porta, talvez tu mudes de atitude...
(Marta, A-H0).

No que se refere ao relacionamento interpessoal nas unidades críticas, várias observações interessantes merecem ser enumeradas:

- a) em geral, havia um relacionamento equilibrado e amistoso entre os trabalhadores de todas as áreas. Parecia haver cumplicidade, especialmente na presença dos eventos situacionais;
- b) os trabalhadores têm mais dificuldade para assistir crianças pelo aspecto emocional implícito no processo;
- c) eventualmente, os trabalhadores queixaram-se de cansaço físico e mental, apesar de ressaltarem a satisfação de realizar este tipo de trabalho;
- d) as enfermeiras sentiam falta de autonomia em algumas situações, e a impossibilidade de trocar dias de plantão, por exemplo, trazia descontentamento e sentimento de impotência para todo o grupo de enfermagem;
- e) a música harmonizava o ambiente, proporcionando relaxamento aos trabalhadores e, possivelmente, aos pacientes, sendo este fato identificado por alguns trabalhadores como positivo;
- f) especialmente em centro cirúrgico, o relacionamento entre as pessoas é um dos fatores determinantes (talvez o mais importante) para o sofrimento dos trabalhadores. O contato é muito estreito entre a equipe médica e de enfermagem, e eles

vivenciam juntos momentos que implicam em um alto grau de decisão da equipe médica, o que, por vezes, os torna rudes e agressivos no trato com os demais;

g) as condutas médicas e de enfermagem diferenciadas e não discutidas, contribuíam significativamente para o aumento do estresse dos trabalhadores de saúde em unidades críticas;

h) no pronto-atendimento, as enfermeiras atuavam solitariamente, realizando o trabalho de Sísifo, personagem da mitologia grega que realizava um trabalho fruto de um castigo, carregando uma rocha até o cume de uma montanha para, em seguida, esta rolar até o ponto inicial, e o trabalho reiniciar novamente, sem tréguas. As enfermeiras procuravam, durante seus turnos de trabalho, remanejar pacientes, encaminhá-los para as unidades de internação, enfim, diminuir ao máximo o número de pacientes internados (como símbolo da sua competência), o que lhes proporciona prazer, bem-estar e satisfação. No entanto, no outro dia, ao chegarem ao trabalho, percebiam que novos pacientes ocuparam aqueles leitos e que era preciso “*começar tudo outra vez*”... com tristeza e insatisfação;

i) como não existiam momentos coletivos de reflexão sobre o trabalho, “os *respiradouros*” efetivavam-se, em muitas unidades, na mesas de prescrição de enfermagem, onde os trabalhadores reuniam-se e conversavam informalmente sobre os pacientes, enquanto realizavam suas anotações no prontuário.

Com relação à questão do **poder e a autoridade**, em geral, afirmaram ter boas relações com as chefias e não ocorrer abuso de poder e de autoridade.

Alguns profissionais demonstram ter consciência que as relações de poder e de autoridade são "*vias de duas mãos*", no sentido de que mesmo os trabalhadores que detêm o poder em algum setor também estão, hierarquicamente, abaixo de outros que coordenam o seu trabalho.

Neste aspecto, um profissional referiu que uma das situações que mais lhe desagrada é o poder médico para suspender cirurgias no último momento, sem justificativa plausível para o paciente e para a equipe, o que traz desconforto, aumentando a ansiedade da equipe pelos transtornos que acarreta e também pela falta de respeito com o paciente, sendo que

... tem vezes que a gente sai e se sente um nada aqui dentro, até bem humilhada... (Ieda, A-H0).

A questão da valorização profissional também emerge, quando dizem que o poder e a autoridade das enfermeiras, às vezes, não são reconhecidas, porque faltam estratégias de ação que os instrumentalizem para fazerem frente a essa questão. Dentre as estratégias, citam o desenvolvimento e a publicação de trabalhos na área da enfermagem, o que aparece na fala a seguir:

... tu falas, falas, mas se mostrar alguma coisa escrita é diferente, ela [a direção] passa a confiar mais... (Olívia, E-UTI).

A consciência do seu valor surge no discurso a seguir e considera que se as próprias enfermeiras não se valorizam, quem vai valorizá-los? Como dizem,

... até que ponto nós não temos culpa, até que ponto não deixamos de nos valorizar? (Olívia, E-UTI).

Uma opção citada por uma enfermeira como capaz de expressar o valor do trabalho em equipe, é o trabalho desenvolvido conjuntamente com eles,

ocasião em que o enfermeiro tem a oportunidade de acompanhar, avaliar e auxiliar o grupo, quando necessário.

Outro trabalhador diz que as dificuldades que possam existir com a administração podem ser suplantadas com cuidado no manejo das situações, como é indicado a seguir:

... não tencionamos nenhum estrelismo, nós queremos um serviço de resultados... tendo um pouquinho de diplomacia, tu driblas tudo... (Beatriz, E-H0).

Um aspecto interessante é a percepção que muitos trabalhadores têm com relação à necessidade de se estabelecer, em qualquer setor, a escolha de alguém que possa ser o coordenador desse grupo de trabalho, do líder, sem o qual o andamento do serviço pode ser inadequado, ou seja,

... o trabalho precisa ter um responsável, tanto na área médica como de enfermagem, para que funcione como deve ser (Elisa, E-UTI).

... para mim, poder e autoridade são naturais, porque eu sou a enfermeira da unidade, responsável por aquele turno e que tem procedimentos específicos, assim como os auxiliares e os médicos (Joana, E-H0).

... eu acho que tem que ser assim mesmo... tem que ter cobrança para as coisas andarem mesmo... (Rita, A-UTI).

Com relação à interferência que este aspecto tem na vida do trabalhador, relacionam que quando o líder atua com equilíbrio, desenvolvendo seu papel, há aprendizado e mais prazer em vir para o trabalho e que, quando ocorre o contrário, há insatisfação e intranquilidade no trabalho.

A repercussão na vida dos trabalhadores evidencia-se, quando revelam o distanciamento entre os profissionais da equipe, por sentirem-se mais instruídos, importantes e por deixarem perceber que, sozinhos, poderiam resolver todas as situações, não precisando dos demais profissionais.

Quando questionados a respeito da sua visão sobre a **liderança** no seu campo de trabalho, pude constatar que não há menção de problemas com relação a este aspecto, sendo que a maioria percebe a enfermeira como líder na unidade, ressaltando que, se não for assim, se não sentirem a “*falta*” da enfermeira nas unidades, ela perde a importância e pode ser remanejada para outros locais de trabalho.

Logo, parece que o entendimento, no que se refere às competências da enfermeira nas unidades, está bem explicitado. Isso deve ficar mais marcado ainda em unidades consideradas críticas, onde o trabalho em saúde tem muita interdependência entre profissionais, ou seja, cada um precisa do trabalho do outro para que o seu ocorra de forma mais satisfatória, e que tem como agravante o quadro grave, o risco de vida do paciente e, conseqüentemente, a necessidade de intervenções imediatas. A fala a seguir coloca esta questão:

... liderança é característica da enfermeira por orientar e coordenar os serviços, a gente tem que liderar o grupo. Quando não acontece isso, os funcionários se queixam e daí não precisa de enfermeira... (Sílvia, E-CC).

Alguns trabalhadores traçam um perfil de líder que envolve a capacidade quase que “*sobre-humana*” para resolver problemas, encontrando as soluções mais adequadas, ouvindo os colegas, sendo “*humana*”, dentre outros aspectos, de maneira que

... tu tens que ter uma solução para os problemas, uma saída, de uma forma ou de outra. O que se espera é isso, hoje. Um ponto forte na liderança é ser muito humana, e ao mesmo tempo não ser exigente, mas firme (Patrícia, E-UTI).

... eu acho que, para ser uma boa chefe e uma boa líder, tem que ter humanidade e ser uma pessoa simpática também, que cativa as pessoas (Tamara, A-UTI).

Um outro aspecto evidenciado por um trabalhador é a associação feita

entre poder e liderança e as possibilidades de sedução que o poder tem, compreendendo que

... liderar não quer dizer que tu tenhas todo poder, é necessário conversar com os outros, ouvir os outros, ponderar, ver cada posição... parece que o poder vai para a cabeça... (Valéria, A-UTI).

Com relação ao **trabalho em equipe**, em todas as áreas, os trabalhadores foram unânimes em afirmar que ele ocorre nos turnos de trabalho, havendo algumas ressalvas, quando isso envolve outros turnos. Nessas ocasiões, são ressaltadas as dificuldades em conviver com as cobranças estabelecidas pelos profissionais dos outros turnos. Isso, em geral, é percebido pelo trabalhador como *“atestado de incompetência para realizar determinada tarefa ou falta de interesse em realizar aquilo que é de sua responsabilidade”*, o que aumenta o nível de estresse, especialmente à medida que se aproxima a passagem de plantão, pois

... o trabalho entre turnos nem sempre é fácil e é por isso que a gente faz de tudo, até além do que nossas pernas permitem, para não deixar nada pendente. Parece que deixar para fazer é incompetência e, não é, necessariamente... (Giana, E-PA).

Outro trabalhador relaciona essas cobranças a um sofrimento no trabalho que gera insegurança e desconforto, especialmente porque o colega não considera quais intercorrências provocaram esta situação. A própria assistência fica banalizada (tem que deixar tudo pronto), não se colocando o olhar sobre o alvo do trabalho da enfermagem que é o paciente com suas necessidades, o que fica explicitado assim:

... dá uma certa insegurança, quando não há um trabalho em grupo, porque a gente sempre fica ansiosa sobre o que vai ser dito a respeito do que a gente não fez, e tem uma série de cobranças a esse respeito... (Giana, E-PA).

Uma enfermeira afirmou que o trabalho da enfermagem, na realidade,

não é realizado nas 24 horas de maneira ininterrupta, mas que ele é segmentado em turnos de 6 horas e 12 horas, não havendo consciência dos trabalhadores com relação a isso. Portanto, permanece o discurso de que eles assistem os pacientes ininterruptamente, caracterizando um trabalho contínuo, o que nem sempre ocorre.

Este trabalhador, apesar de reclamar da pressão dos outros turnos sobre o seu, não tem consciência que se comporta da mesma maneira, parecendo ser este um comportamento não refletido e revela:

... nós tentamos trabalhar deixando tudo pronto e esperamos que os outros também deixem pronto. O pessoal não aceita que fique algo para fazer. Eles não querem nem saber se houve intercorrências ou coisa parecida, querem o serviço pronto. Não existe continuidade entre turnos, existe união dentro de cada turno... (Lúcia, E-HO).

Um entrevistado diz como vê o trabalho em equipe, quando o compara ao oceano, onde cada gota tem seu papel e lugar, onde a soma de esforços é que possibilita a completude, onde cada um é importante, expressando que

... a gente é uma gotinha e, juntando forma o oceano, e o trabalho em equipe é isso... (Marília, A-CC).

O trabalho de equipe na vida do trabalhador, quando efetivado, traz muita satisfação para o mesmo, o que repercute também na sua saúde. O discurso a seguir ilustra este aspecto:

... o trabalho em equipe ameniza a irritação, ameniza a maneira que eu saio daqui, porque não saio sobrecarregada (Elenara, A-HO).

... é uma satisfação ver que o trabalho está sendo feito e quem sai ganhando finalmente é o paciente e nós também, porque há uma maior satisfação como pessoa e como equipe (Elisa, E-UTI).

Novamente, o prazer aparece na fala, quando relacionado ao trabalho em equipe, através das seguintes palavras:

... o trabalho em equipe é bom, a gente faz do trabalho uma diversão, sai satisfeita e com a consciência tranqüila (Denise, A-PA).

Um outro aspecto evidenciado é a necessidade de “respiradouros”, para que o trabalho torne-se mais leve, e isso fica expresso na satisfação dos trabalhadores de realizarem suas tarefas em um ambiente com música, principalmente no turno da noite, onde o trabalho prolonga-se por 12 horas ininterruptas, provocando muito cansaço e estresse. O efeito da música é relatado na fala a seguir:

... no nosso turno, a gente sempre traz um radinho para escutar música, eu gosto muito de trabalhar assim, a música relaxa, acalma... (Denise, A-PA).

Com relação aos profissionais médicos, as dificuldades ficam mais evidentes, quando não há uniformidade de condutas, o que causa confusão e angústia na equipe de enfermagem.

Há também problemas relacionados aos profissionais de saúde e que incluem maus tratos, desinteresse pelo atendimento, negligência e falta de humanização no atendimento. Nestas situações, a fala da enfermeira demonstra a necessidade de se desenvolver a habilidade para melhor perceber o outro:

... eu penso o que eu ia gostar para mim e daí eu faço pelo paciente. Imagina o paciente na cama, sem poder se mexer, tu vês pelos olhos a expressão dele, tu sentes o que ele está sentindo, se está angustiado, com medo, tu sentes no olhar. Se tu quiseres, tu percebes tudo no olhar do paciente... (Kátia, E-PA).

A postura inadequada de alguns profissionais aparece no seguinte comportamento relatado pelos trabalhadores da enfermagem:

... as coisas técnicas são feitas, mas o lado humano não é valorizado como deveria ser. A gente observa que eles (médicos) acham que pobre não tem sentimento... eles

pensam que eles estão fazendo um favor... Na verdade é o contrário, porque os pacientes estão deixando que eles aprendam no seu corpo... (Antônia, E-CC).

A necessidade de valorização sentida pela equipe de enfermagem no atendimento do doente (o que traz satisfação e realização profissional), também pode ser expressa através da realização de cursos de humanização e de programas, tais como de qualidade total proporcionados pelas administrações. No entanto, os trabalhadores reconhecem que essas atividades têm que ter como princípio a aplicação na conduta dos administradores, sendo que, se assim não for, encerra-se como um discurso vazio. Reconhecem também que a humanização do trabalhador repercutirá no atendimento ao paciente, referindo

... eu acho que a qualidade deve começar pela satisfação do funcionário, porque se ele está satisfeito ele está bem, vai passar humanização para o paciente (Raquel, A-CC).

Outro aspecto citado é o sofrimento do profissional provocado pela pressão da família ou do médico para que ele providencie um leito e acomode o doente, o que não é função da equipe de enfermagem.

Outro sofrimento citado por eles decorre de “acompanhar o sofrimento do outro, seja ele paciente ou familiar”, dizendo que

... enfermagem é enfermagem... tu vês as pessoas morrendo, sofrendo e tu vais para casa e não é assim esquecer e tu não podes viver em função disso, tu tens que ter a tua vida, tens tudo para ir para frente... e isso (o sofrimento) tu vais negando, negando, fazendo de conta que não acontece... (Júlia, E-UTI).

Nesta fala, a banalização do sofrimento apresenta-se como uma tentativa de ocultar algo que o trabalhador não sabe manejar e que se efetiva através da negação dos sentimentos, e é provável que a consciência do uso deste mecanismo só se faça presente neste momento em que proponho a reflexão acerca destes acontecimentos.

Quando perguntados a respeito da **qualidade da assistência prestada por todos os profissionais**, a maioria refere ser boa. Dentre os aspectos que dificultam a melhoria da mesma, encontram-se aqueles relacionados à organização do trabalho como falta de pessoal, de material, área física pequena para a demanda, falta de pessoal treinado para a função, problemas de relacionamento entre as pessoas, dentre outras, pois

... com todo o fluxo que tem aqui, a qualidade é boa porque tem paciente por todo o canto, os funcionários abaixados para o atendimento, não é nada fácil... (Denise, A-PA).

Os trabalhadores têm consciência de que não estão assistindo os pacientes com a qualidade que eles necessitam e merecem, e o “*lamento*” expressa uma culpa que, na realidade, não tem sentido, se não for compartilhada com todos os responsáveis por esta situação.

Os pacientes não reclamam da assistência, acham que a gente dá conta, mas a gente fica se sentindo mal, porque não consegue fazer uma assistência bem feita. Tem noites que eu não consigo visitar todos os pacientes (Kátia, E-PA).

A gente tenta superar os limites como ser humano. Eu me angustio e me estresso porque se lida com vidas, então a preocupação é muito grande com a qualidade do atendimento e com a vida do paciente que é o nosso existir... (Daniela, E-PA).

Eu gostaria que o paciente estivesse limpo, com a roupa de cama trocada (que não tem) e poder sair daqui com a consciência tranqüila, poder deitar a cabeça no travesseiro e dormir em paz... (Denise, A-PA).

É, por certo, ingenuidade pensar que os trabalhadores de enfermagem, especialmente as enfermeiras, podem mudar sozinhas esta situação, apesar de terem papel importante neste processo e de expressarem sofrimento em função destas situações. Na fala anterior, aparece uma certa onipotência, quando “*se busca superar os limites*”, ao invés de se admitir a impotência e de se traçar estratégias capazes de fazer frente a esse problema.

Silva (1989) refere que o fato da assistência de enfermagem ser colocada em segundo plano pelas instituições de saúde explica-se pelo desconhecimento da população em geral sobre a importância do processo terapêutico, pelas questões que envolvem redução de custos hospitalares e também pela omissão das enfermeiras em mostrarem sua importância.

O que me estressa bastante é a falta de funcionários, tu tens que fechar salas, os médicos pedindo cirurgias e dizer que não tem circulante...eu saber que a cirurgia tem que sair, que eu tenho que dar um jeito e onde colocar os pacientes? O que mais me estressa é não ter leito para enviar os pacientes. Tem dias que saio tão cansada, que não tenho vontade de fazer nada... (Mariza, E-CC).

Nesta última fala, aparece novamente um sentimento de culpabilização por não ter como prover a sala e resolver o problema, sentindo-se responsável por isso. É claro que se evidencia aí um conflito ético (mas não mencionado como tal) que é a falta de condições de cuidar de alguém que, naquele dado momento, tem necessidades que não podem esperar.

Por outro lado, percebi que as enfermeiras sentiram-se, em muitas ocasiões, responsáveis pelas ocorrências da unidade sem, na verdade, sê-los. Isso incluía também situações como falta de leitos na unidade para transferências, impossibilidade de internação por falta de leitos, falta de material, falta de pessoal dentre outros aspectos.

É interessante refletir o porquê de essas atitudes estarem presentes na vida das enfermeiras. Será que uma das questões que provoca esses sentimentos não é a baixa auto-estima e a auto-imagem distorcida deste grupo? Como a enfermagem se sente perante os outros profissionais da saúde? Com menos competência ?

Para Gasparetto (1998), a auto-imagem negativa é ocasionada por

distorções do indivíduo que cria sentimentos de inferioridade, gerando angústias, bloqueios e medos. Esses sentimentos podem não só trazer efeitos sobre as pessoas, mas caracterizar uma imagem social da profissão.

Enquanto profissão, a enfermagem tem, na sua história, as marcas profundas da subalternidade, da pouca relevância social o que, somadas às dificuldades individuais, podem ter repercussões importantes.

Passos (1996) diz que a enfermagem é vista como secundária à medicina, pelo fato de ter uma história ligada ao fazer, desarticulada de uma teorização e de uma formação sistemática e científica. Como consequência, o reflexo mais forte é a desvalorização e o desprestígio da profissão em relação à medicina, que sempre alicerçou sua prática em um saber elaborado.

Esta, na verdade, é uma questão geral da teoria do trabalho em Marx, que vincula a formação estrutural à ideologia, de modo que, na institucionalização dos serviços de saúde, o lugar dos profissionais foi sendo definido no jogo de poderes em que aspectos como a ciência, a cultura masculina, o papel sacerdotal do curador e outros compuseram este contexto. Por outro lado, o hospital também se institucionalizou na perspectiva do tratamento autoritário ao paciente, pelas mesmas questões ideológicas.

Em alguns setores, pelo cumprimento de muitas normas e rotinas e pela ausência de reflexão sobre o exercício da enfermagem, a rotinização do trabalho manifesta-se, ao mesmo tempo em que surge a preocupação de alguns trabalhadores com a banalização do sofrimento e da assistência relacionada à realização de atividades mecanicamente, a qual aparece nas falas:

... aqui na unidade, é tão maçante às vezes, que tu fazes as coisas mecanicamente...(Olívia, E-UTI).

... a gente se desacostuma de trabalhar com pacientes conscientes e se chega um, por experiências anteriores, eles se intrometem na conversa ou mandam a gente calar a boca...É claro que a gente sabe que estão ali é porque não estão bem. Mas por outro lado, isso te irrita e eu prefiro trabalhar com paciente inconsciente... (Tamara, A-UTI).

Lima (1993), em seu estudo, encontrou um entrevistado que afirmou preferir cuidar de pacientes inconscientes, justificando ser menos exigido no desenvolvimento da relação interpessoal e assim limitar sua atuação aos cuidados físicos.

Outro aspecto que faz os trabalhadores sofrerem, está relacionado diretamente à qualidade da assistência, quando em algumas unidades a quantidade (alta demanda) está prevalecendo sobre a qualidade do atendimento dado aos pacientes. A enfermeira percebe seus funcionários e se preocupa com seu grupo, relatando que

... a gente percebe a preocupação deles com o trabalho, o esforço e o estresse em função disso... (Daniela, E-PA).

E, ainda sobre este aspecto, uma enfermeira salienta:

... eu disse para os médicos que a gente faz de conta que assiste, porque se tem dez itens na prescrição de enfermagem, eu consigo cumprir cinco, quando muito, então a qualidade está baixa... (Giana, E-PA).

Uma enfermeira expressa sua preocupação por não ter possibilidade de atender a vários pacientes em urgência ou emergência ao mesmo tempo, ficando demarcado que ela não sabe porque se sente assim, ao dizer

... eu fico me culpando...como é que eu não consigo me dividir? (Mariza, E-CC).

De conformidade com Cassoria (1991), o problema da culpa na equipe de saúde pode ser entendido, em algumas situações, quando o profissional

escolheu sua profissão numa tentativa inconsciente de purgar culpas primitivas ou para punir-se.

Outra situação geradora de culpa nos profissionais é a dificuldade de colocar limites para si e para seus pacientes, e também quando o paciente e a família percebem inconscientemente a culpa do profissional e o estimula com cobranças. Entretanto, o que deve ser salientado, é que a culpa não é um sentimento que habilita o trabalhador a cuidar com mais qualidade. Quando ocorrer, deve ser refletida para se buscar as razões que a motivaram e dissipá-la de alguma forma.

A análise da organização do trabalho nas unidades críticas pesquisadas incluíram o ambiente, a força de trabalho, as relações interpessoais, o trabalho em equipe, o poder, a liderança e a qualidade de assistência prestada por todos os trabalhadores de saúde. As falas dos entrevistados evidenciaram o sofrimento vivido por eles em função deste tipo de organização.

Tonhom (1997) encontrou dados semelhantes quando os trabalhadores de um hospital geral público atribuíram as queixas de mal-estar à sobrecarga de trabalho, à inadequação de recursos materiais e humanos, ao espaço físico inadequado (estrutura física organizacional); à falta de coleguismo e à pouca valorização do funcionário (relacionamento entre a equipe de enfermagem), dentre outros aspectos.

Quando perguntados sobre que **situações ocorrem na unidade e que trazem insatisfação, sofrimento, desconforto e mal-estar** responderam que, em primeiro lugar, é acompanhar o sofrimento do paciente (principalmente se é criança) e dos seus familiares e, em segundo lugar, a morte de pacientes jovens,

... com a morte, parece que a gente não pode fazer nada, eu me sinto impotente, fico muito abalada... (Flávia, A-PA).

... é o próprio sofrimento inerente à doença que perturba a gente... (Júlia, E-UTI).

Pode-se dizer que estes aspectos estão vinculados diretamente à situação do paciente, ou seja, ao sofrimento, à doença e à morte e, portanto, sua ocorrência não depende da intervenção direta da equipe de enfermagem. Mesmo sendo esta a situação mais evidenciada na fala das pessoas, há uma tendência de banalizar o sofrimento, a doença e a morte (especialmente quando ela é lenta e dolorosa) e uma “resistência” de alguns trabalhadores em aceitá-la. A negação da morte e o conflito do profissional fica evidenciado a seguir:

... tem um colega que diz que isto é normal, hoje vai um, amanhã outro... Eu não acho normal. Acho que nós, da enfermagem, temos que nos acostumar com esta parte: a vida na maternidade e a morte na UTI. Mas isso é uma coisa que ninguém aceita, não é? (Luíza, A-UTI).

Ainda neste aspecto, aparece a fala de um outro trabalhador que diz:

... o teu dia-a-dia vai se tomando corriqueiro e tu vais levando... Se a pessoa não se acostuma, vai se auto-destruindo. É difícil trabalhar aqui e fazer de conta que não está acontecendo nada... (Anita, A-H0).

Outros aspectos que trazem desconforto, mal-estar e sofrimento são o acompanhamento de pacientes com doenças prolongadas, os pacientes carentes de informações e de dinheiro para custear seu atendimento, o investimento feito pelos médicos em pacientes terminais em grande sofrimento. Esta situação expressa-se no discurso:

... eu fico emotiva, a gente sofre junto com o paciente quando há dificuldade financeira, mas também tem a pessoa mal informada ou a gravidade do caso. Isso deixa a gente miudinha... (Carolina, A-PA).

Esta fala expressa a identificação que a auxiliar de enfermagem demonstra ter com o paciente e o sofrimento decorrente desta situação.

Tonhom (1997) e Cunha (1987), dentre outros achados em suas dissertações de mestrado, também encontraram, respectivamente, a dificuldade de conviver e lidar com o sofrimento e presenciar a morte de pacientes e os problemas de relacionamento com a clientela, com os colegas, e a falta de poder, autonomia e reconhecimento do trabalho realizado pela enfermagem.

Na questão em que perguntei que **situações trazem bem-estar, satisfação e conforto aos trabalhadores**, em primeiro lugar surge a melhora e a alta do paciente do hospital. Em segundo lugar, o reconhecimento pelo trabalho realizado, a valorização dos profissionais e o agradecimento pelo atendimento. O terceiro lugar está relacionado ao bom andamento do serviço, ou seja, de tudo ter ocorrido como o esperado no turno (sem intercorrências, o cumprimento da rotina).

Parece ser possível deixar tudo “*cem por cento*”, tudo perfeito. Percebo uma idealização do trabalho pelos trabalhadores como algo que pudesse ser realizado e permanecer assim, como se não houvesse dinamicidade no mesmo, tanto que

... prazer é realizar tudo direitinho, entregar tudo certinho, organizado, e aí a gente vai para casa tranqüila e não pensa em casa se está tudo certinho... (Odete, E-PA).

... quando ocorre tudo bem, que dá tudo certo, todo mundo trabalha satisfeito, que as cirurgias saem tranqüilas em todas as salas... (Natália, A-CC).

... quando não acontece nenhum problema, tu chegas e ninguém reclama da noite, que não tem reclamações de ninguém e tu vais para casa descansada. Quando tu conseguiste deixar tudo em ordem, quando tudo acontece como tinha que acontecer ... (Fernanda, A-CC).

As situações que trazem bem-estar e satisfação, citadas em seguida, são ter um bom relacionamento no trabalho, ver o paciente bem atendido e satisfeito e trabalhar na enfermagem, ajudando aos outros e fazendo o que gosta.

Pode-se dizer que a maioria das situações que dão prazer aos profissionais da enfermagem dependem da instituição (da organização do trabalho), do reconhecimento do paciente pelo atendimento recebido ou ainda da valorização do trabalho da enfermagem feita pelo médico. Isso fica expresso a seguir:

... às vezes, tu te aborreces com alguma coisa e vem o familiar ou o paciente e te coloca lá em cima, e recompensa tudo, vale por tudo... (Elenara, A-HO).

... a visita do paciente é uma coisa gostosa, agradável, daí a satisfação de que realmente vale a pena investir e ir a fundo. Esta é uma das coisas que me dá mais satisfação... (Elisa, E-UTI).

Pitta (1994, p.53) ressalta que

... a generosidade dos que tratam 'versus' gratidão dos tratados e suas famílias constitui uma troca simbólica que se materializa e modifica através dos tempos e as mudanças concretas, das regras gerais de produção da sociedade.

Parece deslocado o foco e é preciso refletir sobre as razões que conduzem os trabalhadores a depositarem nas “*mãos dos outros*” a possibilidade de serem mais felizes, de estarem mais satisfeitos com o trabalho. Parece haver uma “*inconsciência*” generalizada do grupo a esse respeito.

Por outro lado, que estratégias a enfermagem usa para receber o reconhecimento dos outros? Como trabalham para alcançar isso? Demonstram essa necessidade ou esperam que os outros “*adivinhem*” que precisam disso? Ou, ainda, será que se mostram tão abnegadas ou tão auto-suficientes que os outros supõem não necessitarem desse reconhecimento?

Cunha (1987) revela um dado interessante que é a dificuldade das enfermeiras lembrarem, quando questionadas, das situações geradoras de satisfação em seu ambiente de trabalho. Isso pode revelar a ausência de

reflexão, o que pode distanciá-las das possibilidades de transformação das situações vivenciadas, quando necessário.

Na questão seguinte da entrevista, perguntei se os **aspectos de mal-estar/sofrimento, bem-estar/prazer interferiam nas suas vidas** e como isso ocorria.

A maioria dos trabalhadores respondeu que interferia e que trazia como conseqüências uma maior necessidade de compartilhar alguns acontecimentos do trabalho com outras pessoas, bem como o aparecimento de sentimentos como tristeza, ansiedade, apatia, agitação, empatia e, em casos especiais, depressão frente às vivências cotidianas.

Eu não gosto de levar as coisas negativas para casa mas, às vezes, a gente precisa contar para alguém... (Flávia, A-PA).

Alguns profissionais referem que uma estratégia importante para amenizar o sofrimento proveniente dessas vivências é compartilhar com outras pessoas, sejam elas colegas ou familiares, pois

... é uma forma de descarregar os sentimentos, há trocas e isso faz com que se diminua o mal-estar, os medos, a angústia... (Júlia, E-UTI).

As alterações físicas e mentais também se apresentam trazendo problemas para esses trabalhadores, o que inclui aumento de peso e desconfortos de toda ordem.

Na verdade, eu não consigo trabalhar com isso (sentimentos advindos do trabalho) e, então, aparece o cansaço físico e mental (Giana, E-PA).

Outros profissionais mencionaram que estabelecem uma correlação direta entre o trabalho e sua vida em geral e que, se o trabalho está bem, a vida também está, e que se tem problemas no trabalho, a família recebe estas

manifestações negativas. Dizem que

... já me chamaram a atenção (a mãe e o marido) que eu sou mais agressiva em casa, que brigo muito e que, com certeza, eu sou muito mais controlada no hospital... (Heloísa, E-CC).

Dejours (1992) assegura que um dos diferentes componentes da ansiedade é aquela relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo e que se traduz na necessidade de descarregar a agressividade, o que provoca a contaminação das relações e, em particular, das relações familiares.

Achados semelhantes com professores de escolas públicas são ressaltados por Codo (1999), no que tange ao conflito entre trabalhar “*como deveria*” e dar a devida e merecida atenção à família. Este conflito, quando não resolvido, tem levado os trabalhadores à despersonalização e à exaustão emocional.

Para Silva (1998, p.43),

... as situações estressantes relacionadas à família e ao trabalho são as mais graves, não só pela natureza e multiplicidade de facetas que encerra, mas por configurar, na maioria das vezes, uma fonte permanente de tensão ao longo da vida.

As estratégias apresentadas por alguns é “*tentar esquecer*” o trabalho, (em geral, referem não obter sucesso), buscar a espiritualidade e re-valorizar a vida, a partir de novos parâmetros. Isso aparece caracterizado nas seguintes falas:

... acho que é nas pequenas coisas que tu consegues ter satisfação na vida e não é nas grandes... (Elisa, E-UTI).

... mas tem que saber peneirar, tirando de tudo uma lição de vida para ti... mas tu não podes ficar inerte ao sofrimento do outro. De tudo tem que tirar lições de vida, tanto dos aborrecimentos quanto da alegria... (Marlene, A-CC).

... fico pensando que bobagem é pensar que a minha situação é a pior de todas, quando tem tanta gente que sofre tanto... (Joana, E-HO).

Há aqueles que não acreditam na interferência destas situações em sua vida (apenas três indivíduos) e outros (dois) que acreditam ser esta situação momentânea, situação expressa ao dizerem que

... aqui eu fico aborrecida, triste de ver isso (sofrimento do paciente), mas quando eu bato o cartão ponto e saio do hospital, eu não posso carregar isso junto comigo. Em casa, eu ignoro. Não dá, a gente começa pirar... (Celina, A-PA)

Lima (1993), em seu estudo realizado em Unidades de Terapias Intensivas, encontrou como motivo de insatisfação no trabalho, as condições inadequadas de trabalho e de atendimento ao paciente (82%), seguida pelo óbito de pacientes (9%) e pelo desgaste emocional pelo tempo de trabalho em UTI (9%). Como fatores que trazem satisfação ao trabalhador, estariam o retorno dado pelos pacientes (50%), a identificação com o trabalho (33%) e o cuidado aos doentes (17%).

Quando questionados sobre **como trabalham com as situações de bem-estar e sofrimento originados do trabalho**, alguns indivíduos verbalizaram que tentam esquecer o que acontece no trabalho, outros dizem que não fazem nada com estes sentimentos. Algumas pessoas referiram que procuram conversar com alguém e que isso "*alivia*" a tristeza que sentem com as situações vividas no trabalho.

Em contrapartida, outros profissionais verbalizaram sua tentativa constante de se conscientizar de que não podem resolver tudo e de que a vida tem outros componentes, e assim se expressam:

... eu tento me conscientizar que eu não posso salvar o mundo... (Denise, A-PA).

... atualmente não tenho conseguido fazer nada além de trabalhar, mas acho que isso tem que parar em algum momento... (Kátia, E-PA).

... eu procuro espalhar. Quando eu estou no serviço, procuro ajudar, aliviar o sofrimento. É o que eu posso fazer (Berenice, A-HO).

Questionados se **identificavam a interferência de suas crises pessoais no trabalho e vice-versa**, a maioria dos entrevistados referiu que sim e destes, a grande maioria, diz que há maior repercussão da vida do trabalho na vida social do que o contrário.

Uma auxiliar de enfermagem relata a falta de espaço para vivenciar seus sentimentos, especialmente os relacionados à morte, pois

... quando o paciente vai a óbito, em seguida já interna outro e tu tens que ir lá e começar tudo de novo... (Elenara, A-HO).

Não existem momentos para que os profissionais elaborem suas fragilidades e medos, caracterizando-se este momento pela robotização da assistência: quando morre um paciente, em seguida limpa-se o leito e interna outro no seu lugar.

Não há situações onde o sofrimento possa vir à tona e ser compartilhado, especialmente com os colegas, que têm o cotidiano idêntico ao seu e a banalização do sofrimento e da morte ficam muito evidenciadas.

Quando os profissionais da enfermagem foram questionados sobre como **percebiam suas vidas material, psicológica, social e espiritual** nos dias atuais, responderam, quase que a totalidade, numa escala de zero a dez, que a nota era oito para todos esses aspectos.

No que se relaciona à **vida material**, justificam a nota informando terem tudo o que necessitam para viver, apesar de aspirarem a melhorar

sempre.

A **vida psicológica** recebeu também nota oito, tendo em vista que a maioria diz saber se controlar e manter-se equilibrado no trabalho.

A **vida social** da maioria está um pouco prejudicada, devido à falta de tempo para conviverem com familiares e amigos.

No que diz respeito à **vida espiritual**, houve menção da necessidade de burilá-la, para servir de instrumento de trabalho, auxiliando no enfrentamento das situações de sofrimento no dia-a-dia. A vivência espiritual pode significar a tentativa de eliminar o sofrimento, pela compreensão da situação em outro nível. Muitos informam ter fé e freqüentar alguma religião. Alguns dizem ter que melhorar este aspecto de sua vida, precisando investir mais na vida espiritual.

Com o objetivo de ilustrar os três tipos de eventos apresentados por Taylor (1992) à luz dos dados obtidos na coleta de dados, poderia dizer que, por exemplo, as doenças decorrentes do trabalho da enfermagem podem representar uma **ameaça às necessidades instintuais e integridade dos trabalhadores (1)**; a mudança de unidade ou de turno pode estar associada a uma **perda real ou percebida (2)** e o aumento do número de empregos pode estar relacionado a um grande **desafio para o trabalhador (3)**.

Nesta investigação, partiu-se da premissa de que, em unidades críticas, há eventos que podem ser responsáveis por maior ansiedade e estresse, ou seja, o que denominamos de eventos situacionais.

Os **eventos situacionais** esperados eram óbitos, informação de óbito a familiares, internações, altas e pacientes em situação de urgência/

emergência.

Desde o início da coleta dos dados, isso me surpreendeu, porque apesar de ter realizado trinta turnos de observação nas cinco unidades pesquisadas, não tive a oportunidade de participar de nenhuma situação de óbito, com apenas algumas emergências e sempre no pronto atendimento, o que deve ser uma situação esperada pelas características das unidades.

Os eventos observados que aumentaram a tensão e a ansiedade dos trabalhadores foram de outra ordem e relacionados a situações tais como:

- ✓ falta de leitos na unidade, falta de leitos no hospital, o que implicava em internações de pacientes em cadeiras e macas até a liberação de um leito;
- ✓ falta de material de consumo como luvas, seringas, soluções intravenosas nos volumes desejados e material permanente como respiradores, aparelhos de pressão, etc necessários ao atendimento;
- ✓ problemas de ordem burocrática, como extravio de prontuários de pacientes, o que gerava agitação no ambiente e atraso no atendimento;
- ✓ ambiente inadequado e condições de trabalho impróprias para a realização da assistência de enfermagem com qualidade.

O que me impressionou é que esses eventos passavam despercebidos ou eram “escamoteados” pela equipe de enfermagem, sendo, portanto, banalizados, não sendo considerados importantes e nem identificados como causadores de estresse para os trabalhadores. Pareciam ser assimilados como “rotina”, logo, inerente ao “pacote da enfermagem”, implícito ao trabalho, não

questionável.

Os eventos esperados, ligados à assistência de enfermagem propriamente dita, como por exemplo o atendimento a pacientes em situações emergenciais, quando ocorreram, foram enfrentados com relativa tranquilidade, porque os trabalhadores haviam se organizado para enfrentá-los, tinham se preparado para a sua chegada e, como são esporádicos, foram mais bem encarados, além do que são eventos que o trabalhador não consegue, muitas vezes, reverter, porque não dependem dele. Por exemplo, quando a parada cardíaca é prevista, o pessoal organiza-se e não há estresse, há ação. A organização e a previsão da ocorrência do evento diminuem, consideravelmente, a angústia do pessoal da saúde.

Entretanto, muitos dos eventos não percebidos pelos trabalhadores poderiam ser revertidos com o empenho de alguns profissionais, desde que identificados, e que buscassem alternativas para solucioná-los, de preferência conjuntamente.

A ansiedade dos trabalhadores, decorrente dos eventos vivenciados no dia-a-dia, é controlada mais ou menos rapidamente, dependendo da intensidade do mesmo e possibilidade de ação do grupo.

É importante dizer que o grau de ansiedade também vai depender de aspectos como o tipo de evento, a possibilidade ou não de resolução do mesmo e o tempo gasto para sua resolução (se houver). Por exemplo, frente ao acompanhamento do sofrimento de um paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva por muitos dias, o nível da ansiedade é mais elevado. Entretanto, diante da situação de instabilidade de sinais vitais, o nível de ansiedade reduz assim que há equilíbrio dos mesmos.

O aumento da angústia parece estar vinculado ao excesso de trabalho, às condições do mesmo e às emoções provocadas pelas situações vividas pelos trabalhadores da saúde como, por exemplo, nos casos de cirurgia de cabeça e pescoço, onde a imagem do paciente fica grotesca, descaracterizada, além de ser, na maioria das vezes, a terapêutica para extirpar tumores.

Uma enfermeira verbaliza que um das coisas que dificulta o trabalho é o vínculo estabelecido com os pacientes e o “*espelhamento*” que realizam, pois “*poderia ser um de nós...*”.

Os eventos observados durante a coleta dos dados não se relacionaram a óbitos, emergências, altas a pedido ou fatos semelhantes. Para melhor compreensão dos eventos que ocorreram e que foram os responsáveis pelo aumento da angústia, ansiedade e estresse do pessoal, foram classificados em administrativos (gerenciais e de relações) e assistenciais (resolubilidade e de adequação da assistência).

Foram detectados muitos eventos que classifiquei como administrativos e que não dependiam da enfermeira ou do grupo de enfermagem para serem resolvidos, ou seja, que não eram da sua competência, mas da alçada da administração da instituição ou ligados à direção clínica (grupo médico). Entretanto, a maioria das enfermeiras não os identificava desta forma. Destaquei dentre eles:

- a) a indisponibilidade de mais leitos para internação, o que provoca descontentamento, irritação e um “*sentimento de responsabilização*” por não ter onde acomodar o doente;
- b) a falta de materiais e equipamentos adequados (respiradores e luvas,

por exemplo) para a prestação adequada da assistência;

- c) a ausência de médicos de plantão em todas as unidades críticas nos finais de semana e feriados;
- d) a chamada de residentes pelas enfermeiras, periodicamente, na Sala de Recuperação para avaliar pacientes e liberar leitos, o que impedia a recuperação de pacientes em sala cirúrgica, estratégia utilizada quando não havia outra opção;
- e) a angústia da enfermagem pelas deficiências no processo de diagnóstico, prescrição e tratamento médico (médicos residentes e estudantes do sexto ano).

Há, entretanto, situações que dependem da atuação adequada da enfermagem e que, muitas vezes, não ocorre. Os motivos que conduzem a estas situações são múltiplos e parece que envolvem desde a necessidade da enfermeira assegurar o seu papel social (o que esperam dela) até a inexistência de momentos de reflexão acerca do seu processo de trabalho e, conseqüentemente, da sua vida. Abaixo, encontram-se algumas dessas situações:

- a) a enfermeira que atua como auxiliar de enfermagem em função do seu contrato de trabalho na instituição hospitalar, o que lhe provoca insatisfação e infelicidade e repercute no relacionamento com os demais colegas;
- b) a falta de sensibilidade e de prioridade da enfermeira e equipe que não tiveram tempo para conversar com a mãe de um paciente que expressava necessidade de ser ouvida e dialogar;

- c) o horário de visitas ser utilizado para acertar pendências na unidade, como escalas de serviço, trocas de plantões, não sendo a visita dos familiares valorizada como deveria. É sabido que a visita dos familiares, quando bem conduzida, pode ser transformada em um "*momento terapêutico*" para todos os envolvidos no processo. Entretanto, para que isso ocorra com mais facilidade, deve contar com o acompanhamento e a orientação da enfermeira da unidade. (Beck, 1995);
- d) a irritação e ansiedade do auxiliar de enfermagem frente a muitas solicitações de materiais pelo médico, ao mesmo tempo, especialmente em centro cirúrgico;
- e) a ansiedade da enfermeira ao conversar com o médico solicitando que dê informações à família de um paciente internado. Esta posição é conflitante, porque prestar informações é um compromisso ético da equipe de saúde e, especialmente do médico, no que se relaciona a diagnóstico, terapêutica e prognóstico, mas que uma vez que não é realizada ou realizada de maneira inadequada, cabe à enfermeira assumir o seu papel ao lado do doente/familiares, esclarecendo-os acerca dos seus direitos;
- f) a cirurgia cardíaca prevista para o dia seguinte, trazendo preocupação, ansiedade e a necessidade, por parte da enfermeira, de "*controlar tudo*", desde a arrumação do leito até o funcionamento de todos os equipamentos.

No que se refere aos eventos denominados assistenciais, como

envolvem pacientes, percebi mais facilmente a banalização da assistência e da informação presentes nas mais variadas situações. A *banalização da assistência*, manifestava-se em muitos momentos:

- a) o trabalhador não se dá conta das responsabilidades que tem quando minimiza os sofrimentos vividos pelo paciente que "*se entrega à equipe*", esperando ter sua saúde recuperada;
- b) uma paciente lúcida, internada na unidade de terapia intensiva e que permaneceu sem roupas por muito tempo para a realização de um exame de eletrocardiograma, sem necessidade, denotando a ausência de preocupação da equipe com relação aos seus sentimentos;
- c) não houve recepção na unidade de hemato-oncologia para uma paciente que iria internar para fazer mais uma etapa de quimioterapia e "*que já conhecia a casa*"..., portanto, não precisava ser recebida com atenção. Senti a falta da enfermeira como referência da unidade;
- d) a falta de cuidado na realização de uma tricotomia em um paciente de 17 anos que ia para a cirurgia de correção de fraturas múltiplas em uma perna, ocasionadas por acidente automobilístico. A auxiliar de enfermagem dizia repetidas vezes: "*isso não é nada, fica calmo...*" Mas para ele era a primeira vez, e ele estava com muito medo e ela, por sua vez, não percebeu e não valorizou este acontecimento;
- e) a realização de uma sondagem vesical no corredor de um pronto atendimento, sem isolamento da paciente, o que favorecia que outras pessoas acompanhassem o procedimento. Percebi a angústia e a

preocupação da enfermeira, entretanto, como ela "*precisava realizar*" a técnica com brevidade e não vislumbrando outras possibilidades, efetivou-o sem oferecer à paciente a escolha de ser sondada ou não nestas condições, caracterizando a falta de cuidado com a paciente;

- f) em determinado momento, um paciente recuperava-se da anestesia em sala cirúrgica e permanecia sozinho todo o tempo, o que caracterizou a falta de compromisso e de sensibilidade dos trabalhadores de enfermagem em momento tão delicado vivido pelo paciente.

A *banalização da informação* também se faz presente quando é dada aos familiares sem a devida atenção ou quando a equipe preocupava-se muito mais com a aparência da unidade do que com as necessidades de informação dos familiares.

A preocupação da enfermeira com a aparência da unidade é um aspecto que chama a atenção na observação. Isso pode estar vinculado à segurança que um ambiente bem organizado e harmônico pode proporcionar aos familiares.

Em muitas situações, a enfermeira sofria, porque fazia todas as atividades que apareciam, deixando, muitas vezes, de fazer o que era da sua competência, o que a frustrava profundamente.

Mas houve eventos que também causaram estresse nos trabalhadores e que não dependiam da instituição ou dos profissionais, estando vinculados a situações que fugiam ao seu controle como:

- ✓ a instabilidade orgânica dos pacientes, que oscilavam entre a

estabilidade e as alterações importantes e que comprometiam sua vida, causando ansiedade e estresse no trabalhador;

- ✓ os pacientes que tinham vasos difíceis de puncionar. Muitos deles, em função de medicações já infundidas e que lesam os vasos, outros pela senilidade, o que dificultava o procedimento. Nestas situações, eram percebidos nos trabalhadores o espelhamento, a identificação com o sofrimento e a dor do paciente e a ansiedade em realizar a atividade, tendo em vista que a terapêutica medicamentosa precisava ser realizada;
- ✓ doenças de difícil controle, como a hipertensão, o *diabete mellitus* e que o controle depende, basicamente, da participação do paciente e sua família;
- ✓ os pacientes que chegavam em estado grave e precisavam ser encaminhados para cirurgias de urgência e que dependiam da agilidade de outros serviços como radiologia, banco de sangue, dentre outros.

Quando perguntados como **reagiam diante dos eventos críticos como óbitos e emergências**, a grande maioria dos sujeitos respondeu que no momento do evento agem quase que mecanicamente, *“fazendo tudo que podem para que tudo saia da melhor maneira possível”*.

Referiram que, para atuar corretamente, é necessário calma, agilidade, destreza, estabelecimento de prioridades e visão de conjunto.

O evento mais citado por eles foi o *óbito*, sendo que os sentimentos e as reações dos trabalhadores variavam, dependendo se o paciente era criança,

adulto ou idoso, e o sofrimento era sempre maior diante de óbitos infantis, provavelmente porque muitos trabalhadores identificam a situação com suas crianças.

Outro aspecto importante a considerar é se o óbito era esperado ou não, e os vínculos estabelecidos com este paciente e sua família ao longo da internação.

Revelam que, ao longo do tempo, têm aprendido a lidar com as ocorrências de morte, o que tem trazido mais tranquilidade na execução do seu trabalho.

Identificam alguns dias como mais difíceis, em que, por este ou por aquele motivo, estão mais sensíveis, frágeis, para se deparar e enfrentar essas situações.

Verbalizam também que estes eventos fazem parte do trabalho da enfermagem e, portanto, precisam ser tidos como naturais. Evidenciam ainda a banalização do processo e a necessidade de esquecer esses acontecimentos, uma vez que outros virão logo em seguida. A automatização e a conseqüente ausência de reflexão sobre os fatos também é expressa em uma das falas.

Acho que faz parte da minha vida aqui dentro. Aqui, tudo é uma seqüência: tem o óbito, limpa tudo, vai vir outro e vais continuar a tua vidinha, o teu atendimento e aquela pessoa que ficou lá embaixo, tu vais ter que esquecer. Já começa outra história... (Valéria, A-UTI).

... a gente faz as coisas maquinalmente, nem pensa... (Cristina, A-UTI).

Apesar das tentativas de “*não pensar, esquecer e realizar as coisas maquinalmente*”, referem que os óbitos trazem sentimentos de angústia, incompetência, limite, restrição, impotência. Isso pode, assim, manifestar-se

tendo em vista que os profissionais da saúde (principalmente os médicos) acreditam ser eles “*aqueles que curam, que salvam*”, o que na verdade dificulta ainda mais o confronto com a morte, componente indissociável da vida.

A gente procura não conversar muito, não ficar toda hora martelando...na medida do possível eu procuro dar um basta, dizendo que devemos pensar nos que estão vivos, cuidar deles, lembrando que a paciente x cumpriu a missão dela e nós cumprimos a nossa, colaborando para que ela tivesse o melhor tempo de vida, na melhor condição (Marta, E-HO).

Uma auxiliar de enfermagem disse ficar muito insegura nessas situações de urgência/emergência, tendo em vista não ter enfermeira no seu turno de trabalho, o que a conduz a tomar algumas atitudes até que a enfermeira supervisora seja acionada e venha à unidade para auxiliá-las.

Outra pessoa entrevistada informa que, mesmo que esteja sofrendo pela situação grave ou óbito do paciente, procura não demonstrar seus sentimentos, bloqueando sua emoção.

Neste caso, é provável que, ao omitir a expressão dos seus sentimentos, o trabalhador esteja trazendo à tona as possibilidades de adoecimento, uma vez que as emoções não trabalhadas podem ser agentes potencialmente causadores de doenças psicossomáticas.

Codo, Sampaio e Hitomi (1993, p.77) reafirmam esta questão dizendo que “*é a partir da possibilidade de expressão objetiva da subjetividade que alguém se diferencia do outro*”. Portanto, essa indiferenciação entre os sujeitos pode causar danos à sua vida, principalmente quando este atua em locais como as unidades críticas.

Quando questionados como **percebiam o ambiente da unidade após o óbito**, a maioria dos entrevistados diz que a unidade silencia, o ambiente fica

"pesado". Com relação ao comportamento dos profissionais, referem tristeza, recolhimento, angústia, sendo que algumas pessoas admitem que têm dificuldades para expressar sentimentos.

A gente sofre muito, às vezes parece que não pode demonstrar muito... mas, muitas vezes, eu já chorei... (Celina, A-PA).

Em unidades em que os acompanhantes permanecem junto aos doentes, referem haver uma disseminação da informação do óbito ("cochicho"), o que também provoca um aumento da ansiedade dos familiares.

Informam que, muitas vezes, a tensão é tanta que, para distensionar o ambiente, alguém conta uma piada, como uma tentativa de relaxamento, o que nem sempre surte o efeito desejado.

Estes sentimentos variam, dependendo de fatores como idade do doente, tempo de internação na unidade, relações estabelecidas com o paciente e com sua família, diagnóstico, óbito esperado ou inesperado, dentre outros.

Muitas vezes, os óbitos não são comentados pelos trabalhadores, o que, na minha percepção, impede ou dificulta a vivência do luto pela morte do paciente, etapa fundamental para ser experimentada por eles.

A gente procura não demonstrar o que está sentindo...e depois que a gente prepara o corpo, leva para a patologia a gente não comenta. Talvez saia um comentário mas, em geral, não se fala mais no assunto (Carolina, A-PA).

Alguns verbalizam apresentar alterações de sono (insônia, agitação para dormir) diante de óbitos de pacientes que tenham tido relações estreitas com a equipe da unidade.

No que tange à atitude de alunos que presenciam um óbito na unidade,

os entrevistados referem que, em algumas situações, “*parece que não aconteceu nada*” e eles permanecem conversando sobre outros assuntos. Em outros casos, permanecem mais quietos, podendo sugerir uma reflexão acerca do vivido.

Um entrevistado diz perceber que, após o óbito, as pessoas “*se humanizam mais*”, ou seja, se preocupam mais com o outro e se identificam com a situação, pensando que poderia ter sido um familiar. Essa identificação é visível quando se trata de óbitos de crianças, em que o pessoal de enfermagem diz:

... *se é criança tu identificas teus filhos...* (Antônia, E-CC).

Lima (1993) referenda este dado, quando, ao questionar qual a preferência dos trabalhadores, se cuidar de crianças ou adultos, ficando evidenciado o desejo de cuidar de adultos (63%), sendo referida a mobilização emocional provocada pelo cuidado à criança (22,7%).

Durante a entrevista, questionei se eles acreditavam que, com o tempo, tornar-se-iam “*profissionais frios, insensíveis*” e a maioria respondeu que não. Acreditam haver, ao longo do tempo, uma postura diferenciada dos profissionais, pelo convívio estreito com as situações de morte, emergências, urgências, ou seja, eventos críticos, o que possibilita um manejo mais adequado das situações, dizendo que

... *com o tempo, eu me sinto mais amadurecida para enfrentar melhor estas situações...* (Celina, A-PA).

Afirmam que determinados comportamentos são apresentados no sentido de fazer sua autoproteção para que não sofram muito e garantem que as experiências de vida de cada um participam na formação dessas

características.

Eu diria que a gente não fica fria, a gente vai fazendo uma autoproteção porque tu te envolve... não existe esta de não se envolver. Se tu não tiveres autocontrole tu vais morrer com cada um e vais chegar num ponto que vai querer ir embora. Eu vou até o limite, porque senão eu também vou sofrer demais... (Isolda, A-Am).

Alguns trabalhadores (a minoria) admitem que podem se tornar “*mais insensíveis, frios diante do sofrimento do outro*”, para poder suportar essas situações e agir de acordo com a necessidade. Os discursos abaixo ilustram este aspecto:

... antes de trabalhar aqui, sentia a morte de um jeito e, agora, sinto de outra maneira. Parece que tu ficas mais fria, mais acostumada... (Valéria, A-UTI).

... fria? Sim, a gente se acostuma tanto com as situações...as urgências sensibilizam pelo inesperado... (Marília, A-CC).

O recurso utilizado por algumas enfermeiras (consciente ou inconscientemente) pode ser demonstração de insensibilidade, podendo chegar até a indiferença como forma de aliviar o desconforto sentido durante o trabalho, e isso interfere sobremaneira nas relações estabelecidas entre eles, bem como nas possibilidades de resolução de problemas existentes na unidade.

Lima (1993) também encontrou este aspecto, exemplificando as reações dos trabalhadores frente às preocupações decorrentes do trabalho como a separação da vida profissional e social, esquiva de envolvimento emocional com os pacientes, centralização nos procedimentos técnico-biológicos e ocupação com a realização de tarefas.

Ao questionar se os trabalhadores identificavam alterações físicas e emocionais durante a ocorrência desses eventos, a maioria informou que

sim, e que as manifestações emocionais são de depressão, angústia, choro, às vezes, desgaste, tensão, abatimento, tristeza, ansiedade e agitação.

No aspecto físico, apresentam cansaço, hipotensão, inapetência, alteração de sono (sonhos conturbados) no período em que ocorreu o fato e, no momento do evento, surgem sudorese, taquicardia, palpitação, tremor nas mãos e pele fria.

Essas alterações estão presentes em situações, por exemplo, como o primeiro tamponamento, quando há laços afetivos com a família ou com o paciente que vai a óbito, diante do atendimento de acidentados, em óbitos inesperados e em alguns dias especiais em que o profissional está mais sensível.

Com relação à **percepção dessas alterações nos colegas**, informam que a maioria deles apresenta estas manifestações, e que estas vão desde o desconforto, agitação, irritabilidade, desejo de sair da unidade, até à perda do controle emocional.

Afirmam ainda que estas situações agudizam-se, se o ambiente de trabalho está agitado e tem muitas atividades a serem realizadas por um número reduzido de pessoas. Dizem ainda que estas atitudes dependem do tempo de serviço que o trabalhador tem naquela unidade (os novatos demonstram mais dificuldades no manejo destas situações) e de como trabalham com seus sentimentos.

Quando perguntados se consideram que devam dar **importância aos sentimentos de sofrimento e de prazer advindos do trabalho**, responderam maciçamente que sim e justificam dizendo que, se não estiverem satisfeitos,

equilibrados, não poderão realizar um bom trabalho.

Dizem que refletir sobre o trabalho de enfermagem no hospital pode auxiliar o indivíduo na mudança dos seus valores, que as dificuldades promovem crescimento e que não se pode separar o trabalho da vida, pois

... são experiências, é o teu dia-dia que está acontecendo e que te faz crescer, te faz pensar. É sofrido, mas tem que ser valorizado, pensado, falado, conversado... (Heloísa, E-CC).

... independente de como eu encontro o paciente, de como ele me trata, do que exige, eu tenho que sentir prazer naquilo que eu faço. Não só eu, todo mundo tem que fazer isso (Solange, A-HO).

Com base nos referenciais de Taylor (1992), busquei relacionar os dados obtidos através dos instrumentos de coleta de dados com as fases apresentadas por esta autora que são: fase de negação, aumento da tensão, desorganização e as tentativas de reorganização, em que se buscam mecanismos de defesa usados anteriormente para lidar com a ocorrência atual e melhor enfrentar a situação.

A partir desses referenciais, posso considerar que a maioria dos trabalhadores de enfermagem ainda se encontram na fase de negação, pois em situações potencialmente determinantes de sofrimento ao trabalhador, eles preferem esvaziar sua atenção do evento, contando uma piada, buscando distração, ou ainda, "tentando" deixar na porta do hospital todo o sofrimento vivido no trabalho. Entretanto, pode-se observar algumas manifestações que indicam que alguns trabalhadores iniciam o processo de identificação de problemas, o que promove o aumento da tensão e da desorganização, diante dos conflitos pessoais com os colegas ou com a instituição, ou ainda diante dos eventos situacionais decorrentes do trabalho.

Os comportamentos apresentados pelos trabalhadores dividiram-se em

dois grupos: o primeiro com a negação dos sofrimentos diante das vivências, sendo este um mecanismo de defesa usado para diminuir a ansiedade e o estresse; o segundo, a banalização, que se expressou de diferentes formas e que será abordada com mais profundidade no capítulo que se segue.

5 O papel social, o estado de alerta e a banalização do sofrimento do trabalhador em unidades críticas

É pela ética cotidiana, pela estética em todos os momentos da vida, pela sobrevivência do espírito, além da sobrevivência do corpo, da liberdade para acrescentar mais espaço ao movimento e ao pensamento que se consolida a omnilateralidade da existência do ser humano

Leopardi (1999: 175).

Neste capítulo, serão abordadas questões relativas ao **papel social e à identidade profissional** dos trabalhadores de enfermagem, as quais foram definidas por eles, ou seja, o papel identificado através das falas e observado nos campos selecionados para o estudo.

Outro aspecto abordado é o **suporte que a vida espiritual** pode dar aos trabalhadores das unidades críticas no enfrentamento da dor, do sofrimento e, principalmente, da morte de seus pacientes.

O **estado de alerta** permanente vivido por eles será trabalhado, bem como a **banalização** (uma das formas que os trabalhadores utilizam para fazer frente ao sofrimento decorrente do trabalho), sendo esta a questão central evidenciada neste capítulo.

Alguns elementos que compõem o papel social e a identidade profissional dos trabalhadores de enfermagem foram trazidos para suscitar algumas reflexões, uma vez que o prazer ou o sofrimento do trabalhador também estão relacionados ao desempenho das atividades que a sociedade espera dele, bem como à sua auto-imagem.

O trabalho na vida do homem cumpre duas finalidades especiais que são a sua reprodução social e a expressão do sujeito. A reprodução social implica na possibilidade de satisfazer necessidades, a partir da aquisição de bens de consumo, sendo objetivada através do salário pago ao trabalhador. A segunda,

envolve a possibilidade de expressão do sujeito, capaz de encontrar prazer e satisfação com sua obra, realçando suas potencialidades enquanto ser humano.

Esses componentes, junto à evolução histórica da profissão e o contexto sócio-político em que se encontra a saúde na atualidade, estruturam o papel social estabelecido para os trabalhadores da enfermagem, sendo que o cumprimento do mesmo, com a conseqüente aprovação e aceitação da sociedade, possibilita um "*sentimento de pertencimento*" imprescindível a todos os trabalhadores de uma maneira geral. Este sentimento manifesta-se, especialmente, quando esses trabalhadores conseguem alcançar as possibilidades oferecidas pelo trabalho, acrescidas, principalmente, do reconhecimento profissional.

A enfermagem enquanto profissão estruturada sobre o cuidado, ao longo do tempo, tem, na figura da mulher a representação social da mesma, sendo a questão de gênero preponderante no enfrentamento dos conflitos e na posição que ela ocupa na área da saúde junto à maioria de profissionais do sexo masculino. Logo, o que se espera ainda hoje da enfermeira é uma atitude de obediência, submissão e acatamento das decisões tomadas pelos demais profissionais.

*Os médicos dizem que tem que ter o material e parece
que, quando não tem, a culpa é da gente, mas fazer o quê?
(Natália, A-CC)*

Refletir sobre a **identidade profissional** da enfermagem implica buscar referenciais em autoras como Almeida e Rocha (1989); Silva (1989); Pires (1989); Lopes, Meyer e Waldow (1995), (1996), (1998); Passos (1996); Sobral et al (1996); Miranda (1994), (1996); dentre outras pesquisadoras na área da

enfermagem.

Sobral *et al.* (1996) dizem que a enfermagem, enquanto profissão, numa visão histórica, encontra-se polarizada: num lado, estão as prostitutas que, para expiarem suas culpas, cuidavam dos corpos dos doentes em fase final e, no outro, Florence Nightingale, "*a mulher que deixa o espaço privado do lar, mas cria a clausura no espaço público*". Afirmam ainda que a dualidade e a ambivalência amarram e contêm, ainda hoje, a identidade profissional das mulheres enfermeiras e que "*o esteriótipo elaborado para a enfermagem inclui a manutenção das enfermeiras no espaço privado, aliado ao desejo de reconhecimento público*" (p.81).

Para referir os comportamentos e atitudes, de uma forma geral, preconizados pelos trabalhadores de enfermagem como perfil de uma enfermeira com quem se deseja trabalhar, agrupei, para fins didáticos, algumas considerações e falas dos auxiliares de enfermagem e das enfermeiras.

Com relação a comportamentos e atitudes, o grupo identificou alguns aspectos como importantes para a qualificação do trabalhador de enfermagem.

Ter oportunidade de realizar uma educação continuada, o que favorece uma atuação mais adequada e melhores condições de atendimento, foi um dado que me chamou a atenção. Aqui se identifica uma ambigüidade no comportamento dos profissionais, uma vez que é sabida a dificuldade por parte das diretoras, coordenadoras e chefes de enfermagem em reunir os trabalhadores para esses momentos. Em geral, o trabalho doméstico (o que inclui ainda o cuidado com os filhos), a duplicidade de empregos ou ainda o cansaço acumulado são justificativas para esses comportamentos.

Quando este processo é viabilizado através de cursos e realizado no horário do plantão, muitas vezes, traz dificuldades de grande monta para a unidade de onde o trabalhador sai, porque deixa mais trabalho para os que ficam substituindo. Se fora do expediente, repercute na vida do trabalhador. A questão da busca do conhecimento traduz-se num compromisso ético das enfermeiras para consigo ou com sua equipe e, no contexto das enfermeiras, esta prática parece ainda estar muito aquém do desejado.

Gostar da profissão, do ambiente de trabalho, dos colegas e de atuar em unidades críticas foi outro ponto abordado. Um trabalhador ressalta que

... para trabalhar aqui, tem que ter alguma inclinação, não adianta colocar qualquer funcionário. Os que gostam têm um desempenho maior... (Patrícia, E-UTI).

Outros comportamentos esperados indicam valores assumidos, tais como ser crítica, ter criatividade, iniciativa, ser persistente e respeitar o outro; tratar os outros como gostaria de ser tratado; buscar a satisfação e o prazer no trabalho. Uma fala ilustra esta necessidade dos trabalhadores em associarem sua vida social à vida do trabalho, sendo que esta aproximação dá mais "inteireza" ao sujeito que ele é:

... o trabalho é o segundo local que a gente permanece mais tempo, então ele tem que ser um lugar bom, senão vou estar insatisfeita. Adequar o ambiente é importante porque, se eu tiver um maior nível de satisfação, os meus colegas e pacientes também terão... (Helena, E-Am).

Também valorizam realizar um trabalho em equipe, aprendendo a conviver com as diferenças individuais, buscando o equilíbrio psicológico, físico e espiritual, aprimorando as relações interpessoais.

Eles ressaltam que, em unidade crítica, não é viável o desenvolvimento de um trabalho solitário, tendo em vista as necessidades dos pacientes, bem

como as dificuldades de ordem afetiva e emocional decorrentes do processo. No entanto, é bom lembrar, estes ambientes criam uma proximidade espacial, além de requerimentos assistenciais só possíveis com participação de mais pessoas.

Outro comportamento apontado foi ter autocontrole diante das situações de crise. Este dado é importante, pois é impossível desenvolver um bom trabalho em unidades críticas sem equilíbrio emocional. Exemplificam, dizendo que, na ocorrência de situações ruins, deve-se imediatamente pensar em coisas boas. Isso remete à negação do sofrimento e, principalmente, ao não enfrentamento do mesmo, e para isso “o remédio é esquecer”.

No que se refere ao perfil que idealizam para a enfermeira, os trabalhadores de enfermagem incluem as habilidades relacionais como as mais importantes. Ter humanidade, saber ouvir e ponderar as diferentes opiniões, valorizar o diálogo no trato com a equipe, são proposições que se referem à subjetividade dos trabalhadores.

Também apontam questões relativas ao trabalho, tais como adequar as normas e rotinas às necessidades da unidade, dos funcionários e do paciente, demonstrando a necessidade de urgência de flexibilização das mesmas, utilizadas, muitas vezes, como instrumento de opressão e cerceador da liberdade.

Buscar a valorização e a autonomia profissionais e ter a referência de que um líder representa um grupo e que precisa ter identificação de idéias com aqueles com quem trabalha (“*apoio das bases*”) são aspectos que apontam para o desejo de reconhecimento pela competência.

Alguns trabalhadores referem perceber uma resistência da enfermeira “*ao novo*”, o que, sem dúvida, repercute no comportamento do grupo de enfermagem.

Conhecer, experienciar coisas novas, aprimorando a dificuldade que têm de lidar com situações desafiadoras, principalmente quando as mesmas envolvem os profissionais médicos, é uma necessidade. Estes são elementos que, quando presentes, pressupõem maturidade profissional e compromisso ético das enfermeiras com seus pacientes.

Os trabalhadores têm compreensão das habilidades necessárias para atuarem com competência em unidades críticas, as quais incluem estar sempre alerta para agir, serem rápidos, agir com segurança, ter visão do trabalho que devem realizar e aprender a conviver com o sofrimento, a dor e a morte no seu cotidiano.

No dia-a-dia do trabalho, observa-se que, diante da morte de pacientes, por exemplo, em que o trabalhador é obrigado a se confrontar com a sua própria finitude, pode aparecer o sentimento de onipotência (tão comum na área da saúde), seguido por uma impotência, especialmente quando aqueles profissionais não têm claro o significado do sofrimento e da morte para si mesmos.

Diante disso, reflito que as preocupações dos trabalhadores podem envolver a competência técnica (principalmente quando novatos) e de relacionamento interpessoal. A competência emocional precisa ser desenvolvida ou lapidada por trabalhadores que atuam em unidades críticas, uma vez que as exigências emocionais são inúmeras e, de antemão, a

competência técnica deve estar assegurada.

Moscovici (1997, p. 77) assegura que

... a competência interpessoal ou emocional é fundamental na prestação de serviços, pois esses profissionais têm que lidar com as emoções dos clientes que são reveladas em termos de exigências, expectativas, e ao mesmo tempo, têm que lidar com as suas próprias emoções.

Não há como negar a importância dessas competências para o adequado exercício profissional na enfermagem. Entretanto, Passos (1996) elucida que o perfil profissional esperado ainda pela sociedade atual está calcado sobre os princípios religiosos preconizados ao longo do tempo, que incluíam acatamento e aceitação de ordens dos superiores, subserviência, dedicação, desvelo, como formas de engrandecimento e de honra. Coloca ainda que esta ideologia somada às questões de gênero e às normas que regem a profissão, traçam um perfil que ultrapassa o de um ser humano, pois *“somente um ser acima dos mortais seria capaz de tanta abnegação, humildade, calma, vigilância, previdência e aceitação”*... (p.80).

Waldow, Lopes e Meyer (1995, p. 77) argumentam também neste sentido, dizendo que

... a escola vem tendo um papel de reforçadora da submissão e da falta de autonomia profissional, na medida em que tem preconizado como postura profissional, liderança, criatividade, participação, iniciativa e segurança emocional, na verdade, subentende o estímulo à discricção, disciplina, obediência, docilidade e acriticidade que justificam e/ou reforçam a dominação/submissão de gênero e de classe na área da saúde.

A pouca valorização dada ao trabalho da enfermagem fica evidenciada na fala de uma auxiliar de enfermagem, quando se refere ao restabelecimento do paciente e à sua participação em tarefas muito simples, não referindo as

atividades que necessitam de mais conhecimento também executada por eles. O mérito fica destinado basicamente a outros profissionais, mas ao que parece, o "pouquinho que resta", é capaz de trazer satisfação a esse trabalhador.

É uma realização, uma vitória. A gente sabe que não foi tanto mérito da gente, mas a gente colaborou, fez alguma coisa por aquele paciente, alcançou um copo, um comprimido, um papagaio e eu me sinto bem satisfeita com isso (Berenice, A-HO).

Uma enfermeira vai além questionando o quanto desta valorização depende dos trabalhadores.

Eu me pergunto até que ponto nós não temos culpa, não deixamos de nos valorizar, ficamos agüentando e nos submetendo a coisas sem achar uma saída, só falando sem agir? (Olivia, E-UTI)

Para Dejours (1999, p. 34),

... do reconhecimento depende, na verdade, o sentido do sofrimento. Quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento.

Continua afirmando que este reconhecimento pode ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da identidade e se inscrever na dinâmica da realização do ego.

Parece haver avanços neste aspecto, os quais são realçados por Figueiredo (1999, p. 79) quando diz que

... as enfermeiras ainda não se sentem com uma posição definida, embora elaborem representações de que são importantes, incorporando nelas valores e conhecimentos que valem como atributos sobre seus modos de sentir, de se expressar e de ser.

Esta valorização profissional, a meu ver, faz parte da busca de

identidade profissional e, segundo Lopes (1998, p. 48), quando neste estudo, nas falas, aparece "*o anjo não existe mais*", atesta a perda das referências a um modelo tradicional de enfermeira e quando aparece "*não ficou nada de concreto no lugar*", traduz a busca de uma nova identidade.

No que se refere às menções feitas pelos trabalhadores sobre a importância da **vida espiritual**, elenco algumas falas que trazem à tona uma necessidade essencial e uma dificuldade do ser humano. Em geral, têm-se encontrado que as enfermeiras têm dificuldade em trabalhar a espiritualidade (sua e do paciente), o que na academia envolve os alunos e docentes e, na assistência os trabalhadores, pacientes e familiares.

O suporte que a vida espiritual oferece aos trabalhadores pode estar relacionado a uma tentativa de reorganização dos trabalhadores para fazer frente ao sofrimento (Taylor, 1992). Entretanto, esta alternativa, justamente por sua característica integradora não foi aprofundada nesta investigação, uma vez que o interesse estava focalizado nas evidências de afastamento do sofrimento, diminuindo-lhe a importância, e não pela busca de significados.

Admitir que não desenvolver e não cuidar da espiritualidade traz um sentimento de incompletude ao homem, acredito ser essencial para que essa seja uma das metas a se buscar.

Para os trabalhadores de unidades críticas em que há um contato diário com pacientes que sofrem e que morrem, há ainda uma maior necessidade de refletir sobre o significado da vida, do sofrimento e da morte e o desenvolvimento da espiritualidade pode contribuir para tal.

... é isso que me dá força para continuar esta caminhada que não é fácil. Se não fosse a vida espiritual, não seria fácil tu seguir, seja no trabalho, seja na vida familiar (Heloísa, E-CC).

... se eu não tiver fé, espiritualidade, a gente não resiste... (Júlia, E-UTI).

... por isso eu consigo trabalhar um pouco estas questões mais difíceis do dia-dia. Isso tem me ajudado muito, me feito muito bem (Joana, E-HO).

Um aspecto que perpassou inúmeras falas dos trabalhadores de enfermagem, foi a idealização feita pelos trabalhadores acerca do seu trabalho, a qual é ilustrada abaixo.

Se eu tivesse um número suficiente de funcionários para fazer o bloco funcionar, um número de leitos suficientes na Sala de Recuperação, as cirurgias começassem no horário, o pessoal estivesse satisfeito, o clima bom 'ia ser perfeito' (Mariza, E-CC).

Outro trabalhador refere que tem plena satisfação quando:

... não acontece nenhum problema, quando ninguém reclama das coisas, quando tu consegues deixar tudo em ordem, quando acontece tudo como tinha que acontecer (Fernanda, A-CC).

Isso expressa uma certa imaturidade dos trabalhadores e uma perspectiva de linearidade, de regularidade que a própria vida não admite. Expressa um desejo de que, em algum momento, *“todas as coisas pudessem estar no exato lugar que deveriam estar...”*:

Bauer (1999) fez uma poesia em que menciona os ideais de uma enfermeira, colocando os desejos de ser, enquanto enfermeira, aquela que pretende não se cansar, trabalhar atendendo a todos que lhe solicitam ajuda e ser uma não, mil, mil e duas enfermeiras para cuidar como gostaria, enfim, uma *“super-mulher”*. Ao mesmo tempo, diz *“estar perdida, entre o que eu vejo e escuto, entre o que eu quero e espero, entre o que querem e exigem de mim.*

Fazer tudo isso, sem deixar de ser gente, sem deixar de ser enfermeira...”.

Ela expressa o conflito vivido entre o que ela é, suas potencialidades e capacidades, a realidade da assistência e a necessidade dos pacientes e, conseqüentemente, o que eles esperam dela.

Para Silva (1989, p. 116),

... fenômenos de idealização vinculam-se, por sua vez, ao fenômeno de absolutização do papel das enfermeiras, sobre cujos ombros coloca-se a responsabilidade de 'melhorar o bem-estar da coletividade', 'de procurar para todos a plenitude da vida e da saúde', 'de cuidar do ambiente social e espiritual do paciente', como se tais objetivos dependessem apenas de boas intenções, dedicação e altruísmo.

Meyer, Waldow e Lopes (1998) reafirmam isso, quando dizem que as confusões de papel concentraram na enfermeira a imagem pesada e carregada de sentido da trabalhadora polivalente, disponível, onipresente, responsável.

No decorrer das entrevistas, observei muitas falas em que o trabalhador usava o pronome “*tu*” ao invés do “*eu*”, como se ele não estivesse falando da sua vida, mas sim da vida “*dos outros*”. Se, por um lado, é interessante poder ver e analisar o grupo como se não fizesse parte dele, por outro isso pode impossibilitar o trabalhador de se sentir responsável pelo que ocorre no seu grupo.

Um outro aspecto que me chamou muito a atenção é o **estado de alerta** permanente apresentado pelos trabalhadores de enfermagem. Este estado de alerta caracteriza-se por um nível de atenção e concentração elevados e, mediante as ocorrências de eventos críticos, há o aparecimento de sinais e sintomas como agitação, taquicardia, sudorese, ansiedade, dentre outros, sendo que podem aparecer momentaneamente e desaparecer em seguida.

É importante salientar que é fundamental estar alerta em unidades críticas, em situações com os pacientes graves que têm alterações súbitas nos seus quadros clínicos e que, se identificadas, determinam condutas que podem auxiliar na recuperação dos mesmos e até mesmo evitar a sua morte. Entretanto, é necessário ter consciência e procurar alternativas que auxiliem os trabalhadores a viverem melhor, convivendo com esta situação inevitável.

Os trabalhadores da enfermagem estão sempre “ligados” em todas as ocorrências da unidade, caracterizando uma capacidade de observação bem aguçada, mesmo diante do desenvolvimento de outras atividades. Isso foi observado, por exemplo, quando uma auxiliar que falava ao telefone, percebeu a agitação de seu paciente e chamou os colegas para que o mesmo recebesse os cuidados necessários.

Aparece também o estado de alerta relacionado à atitudes automatizadas como ilustram a auxiliar de enfermagem e a enfermeira.

Eu já me acostumei, tanto que toca a sirene e eu já pego as luvas para atender. Basta ouvir o barulho da sirene... (Leticia, A-PA).

Eu já tenho automatizado, porque se a situação passou, passou. Eu tenho que estar atento a tudo que pode acontecer. Saio daqui para instrumentar uma cirurgia (outro trabalho) e tenho que estar atento ao material. A gente acaba desenvolvendo isso, o que aconteceu no hospital fica na porta... (Lúcia, E-HO)

Este aspecto é importante, quando se pensa na banalização da assistência, uma vez que, a partir da automatização de algumas atividades, a percepção do outro, dos seus desejos e sentimentos pode ficar prejudicada.

Se, por um lado, este estado de alerta é fundamental na realização de uma assistência de enfermagem com qualidade, por outro, o prolongamento do mesmo pode trazer sérios prejuízos à vida. Um auxiliar assim se expressa:

... esse é o nosso serviço, a gente escolheu trabalhar nesta área, mas isso é desgastante, principalmente mentalmente, porque tu estás ali de olho, sempre alerta. Dependendo do dia tu saís muito cansada... (Valéria, A-UTI).

Quando questionados se o estado de alerta interferia na sua vida, 80% dos entrevistados respondeu afirmativamente, 17% informou que não interfere e 3% assegura nunca ter pensado nisso. Ao negarem esta interferência, dizem que se “desligam” ao irem para casa, já automatizaram (o que passou, é passado) e que já acostumaram com estas situações provenientes do trabalho.

Lima (1993) encontrou, em seu estudo com enfermeiros em unidade de terapia intensiva, 42,1% que afirmaram “*não levar problemas para casa*”, sendo utilizados os seguintes recursos: a dicotomia entre a vida profissional e social, o uso de técnica mental para fazer tal dicotomia e a não assunção de responsabilidades inerentes à chefia.

A maioria disse que não é possível separar o trabalho da vida pois a pessoa é uma só. Por outro lado, alguns afirmam que o estado de alerta permanente é necessário, por ser este um trabalho muito exigente e imprevisível no que se refere às ocorrências de cada plantão. A fala a seguir retrata esta realidade:

... este é um ambiente de insegurança, que nunca se sabe o que pode vir... (Elisa, E-UTI).

Como conseqüências para este estado de alerta prolongado, citam os transtornos de sono, o desgaste físico e mental, o cansaço ao sair do trabalho, o medo de adoecer em função desta sobrecarga, a irritabilidade em casa, as brigas com a família por motivo fútil.

Nestes casos, poucos trabalhadores referiram buscar alternativas que denotassem o cuidado consigo mesmos, como cuidar mais do sono e da

alimentação, ficar atento aos sinais e sintomas de estresse em si e nos colegas, procurar manter um clima amistoso com os familiares e estar mais “inteiro” onde estivesse, fosse no trabalho ou em sua casa.

Quando o plantão foi mais agitado eu deixo para outro dia para fazer as coisas que eu tinha que fazer para regularizar a alimentação e o sono (Denise, A-PA).

Muitas pessoas referem que permanecem neste estado de alerta por mais ou menos tempo, dependendo do andamento do plantão e, apesar de ter essa consciência, os trabalhadores ainda não conseguem estabelecer estratégias que possibilitem intervir nesta situação para minorar o desgaste.

Normalmente, a gente sai tão cansada que não consegue relaxar, principalmente se ficou uma cirurgia em andamento... (Raquel, A-CC).

O dia em que acontecem transtornos, que tem muita coisa para fazer aqui, eu demoro muito a descansar. O dia que está muito agitado, chego em casa e fico pensando se fiz tudo que tinha que fazer, se passei no plantão tudo que tinha que passar e realmente não descanso, levo um tempo para desligar (Joana, E-HO).

Se meu turno foi tranquilo eu relaxo mais facilmente. Do contrário, eu demoro mais para me sentir melhor. Os efeitos do meu trabalho se prolongam por mais tempo. Quando eu trabalho 12 horas, eu saio daqui muito mais cansada e chego em casa mais lenta (Lúcia, E-HO).

Lima (1993), em seu trabalho, encontrou que 57,9% dos enfermeiros afirmaram levar preocupações para casa relacionados ao paciente (vínculo emocional, gravidade do caso, óbito, acidentes trágicos, precariedade nas condições sócio-econômicas); aos conflitos com a equipe; à falta de autonomia para tomar decisões; às falhas na passagem de plantão; aos problemas institucionais como falta de pessoal e de recursos materiais.

Cassorla (1991, p. 236) diz que

... o profissional que trabalha tenso, mal, que não pode desligar-se de seus pacientes, com pensamentos e

sentimentos que interferem em sua vida pessoal e familiar ou, ao contrário, que se sente desinteressado por seu trabalho, que o vê como uma carga, pode estar indicando que esteja invadido por identificações projetais (do paciente ou da família) ou por conflitos seus.

O estado de alerta observado nos trabalhadores durante os plantões (Figura 1) foi um achado que considero muito importante. Este estado de alerta passa por vários estágios, começando pela recepção do plantão, na qual há um estado de ansiedade significativo do trabalhador, provavelmente, por não saber que estado de saúde e necessidades de cuidados terão os pacientes. Além disso, em algumas unidades críticas, não se tem idéia de que condições lhe serão oferecidas para que ele cumpra a sua jornada de trabalho.

No decorrer do trabalho, há uma tendência de este estado se estabilizar, na medida em que o trabalhador já identificou a situação em que seus pacientes se encontram, qual é o seu grupo de trabalho, que condições ele tem para realizar suas atividades, podendo haver uma variação de estresse para mais no horário das visitas dos familiares aos pacientes, tendo em vista a preocupação da enfermagem em apresentar uma unidade arrumada e com “boa aparência”. Acredito que esta preocupação seja saudável, desde que identificada pelos trabalhadores como tal e que não substitua a importância de acompanhar e assistir os familiares durante as visitas na unidade.

À medida que o término do turno aproxima-se, a ansiedade do trabalhador aumenta pela preocupação que tem em deixar a unidade em ordem, sem atrasos nas atividades previstas para aquele turno, evitando assim reclamações ou deduções dos colegas que o que não foi feito foi por incompetência ou má vontade.

Quando eu termino o serviço e passo o plantão, me sinto

mais calma, com o sentimento de dever cumprido, que eu fiz tudo que estava ao meu alcance (Marlene, A-CC).

A ansiedade vai sendo proporcional ao andamento do turno, ou seja, se o turno transcorreu com tranqüilidade, haverá menor nível de ansiedade do trabalhador na passagem de plantão.

Ao saírem do hospital e se dirigirem para suas casas, os trabalhadores referem que o nível de ansiedade será maior ou menor, de acordo com o dia vivido, e que se o turno foi agitado, eles demoram um pouco mais para relaxarem, se foi mais tranqüilo, isso acontece mais facilmente.

Eu demoro para relaxar, principalmente se eu tive uma situação de emergência (Joana, E-HO).

Entretanto, o detalhe mais interessante é que revelam que não conseguem relaxar completamente, ou seja, o estado de alerta não desaparece totalmente.

Ao atuar em outras unidades hospitalares, por exemplo, em clínica médica, percebi que há um estado de alerta presente nos funcionários, mas, aparentemente, inferior ao apresentado pelos trabalhadores de unidades críticas, tendo em vista as diferenças estabelecidas pelo trabalho realizado. Essa é uma questão de pesquisa que pretendo aprofundar em outros trabalhos, uma vez que este estado permanente de alerta, sem estratégias compatíveis de enfrentamento, deve contribuir para o adoecimento dos trabalhadores.

Na observação dos trabalhadores nas unidades críticas deste estudo, pude detectar que a cada evento crítico, apesar de não percebido pelo trabalhador, este provocava um aumento da sua ansiedade e que dependendo do tipo de evento, o trabalhador a controlava mais ou menos rapidamente.

Um outro aspecto interessante é que, diante da ocorrência dos eventos,

detectei que o nível de ansiedade do trabalhador é sempre progressivo, permanecendo em um patamar mais elevado, não retornando ao anterior. O esquema gráfico (Figura 1) elucida essas considerações.

A ansiedade dos trabalhadores de enfermagem foi detectada mediante observação dos comportamentos dos mesmos, objetivada por aumento da movimentação na unidade, sinais de irritabilidade e impaciência, prolongamento do tempo dispendido no lanche, aumento de tom das vozes, realização de muitas atividades concomitantes pelas enfermeiras, dentre outras.

Para expressar essas observações, considerei que poderia delinear um gráfico que correspondesse diagramaticamente ao que ocorria entre os trabalhadores durante as jornadas de trabalho. Um primeiro aspecto é que eles demonstram um “*estado de alerta*” duradouro, que não relaxa totalmente entre os eventos ou com os descansos. Também ocorre que ao longo do turno, há alguma diminuição da ansiedade, porém se comparado com trabalhadores de outras unidades, os sinais que a indicam, em trabalhadores de unidades críticas, são sempre em escalas superiores às dos outros, com seu pico no momento da “*passagem de plantão*”.

É importante salientar que esse esquema gráfico (Figura 1) tem a finalidade de ilustrar as observações e que se aplica aos demais turnos, tomando-se como exemplo o turno da tarde.

Os eventos que os trabalhadores controlam mais rapidamente são aqueles esperados por ele, os quais está preparado para enfrentar e as maneiras utilizadas pelos trabalhadores para controlar a ansiedade diante destes eventos incluíam a saída do ambiente de estresse e a permanência por

mais tempo na sala de lanche, o riso fácil, o aumento do apetite e a ingestão de alimentos várias vezes durante o turno (principalmente no noturno), as brincadeiras entre colegas, podendo estas situações serem consideradas como “válvulas de escape”.

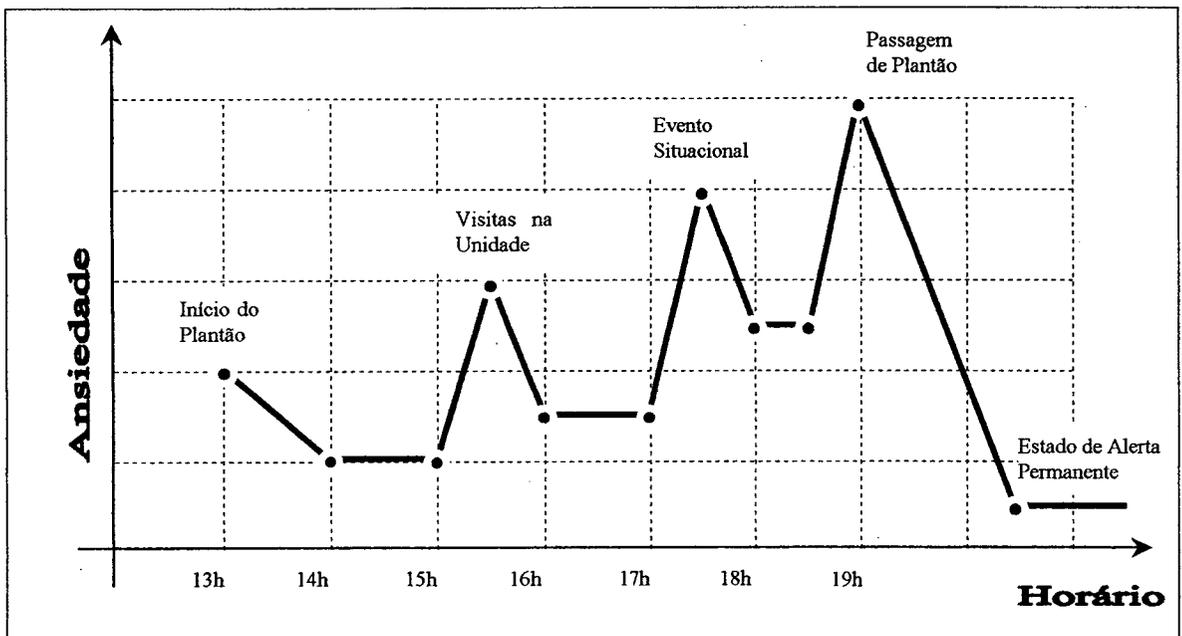


Figura 1 - Esquema gráfico da expressão de ansiedade observada (turno da tarde).

Lopes (1995) afirma que esses pequenos “rituais furtivos” compõem o desvio de tempo que auxiliam a suportar o trabalho duro, estressante física e psicologicamente e a buscar mais satisfação no trabalho.

A percepção deste estado de alerta e o enfrentamento do mesmo dependem de cada indivíduo, sendo fundamental no sentido de assegurar mais ou menos qualidade na realização profissional e pessoal.

É provável que a banalização do sofrimento, que o trabalhador tem interesse em apresentar, tenha alguma referência com um certo “costume” de

trabalhar sob tensão e com níveis de ansiedade razoáveis, assegurando-lhe uma sobreposição de prazer, bem-estar e felicidade ao sofrimento, advindos de sua auto-imagem de pessoa corajosa, dedicada e responsável. Isso indica que a banalização pode ocorrer não apenas por inconsciência, mas por uma tentativa de manter emoções fortes sob controle. Em todo o caso, quanto maior a ansiedade do trabalhador, mais necessidade parece ter de não dar importância aos acontecimentos que a provocam.

Taylor (1992) diz que há situações que provocam tensão no indivíduo, sendo que esses estressores precisam ser processados por ele, e a existência desta tensão não é negativa, mas sim necessária à vida.

Continua afirmando que os estressores podem ser classificados em estressores de desenvolvimento (previstos) e os estressores situacionais (imprevisíveis).

Independente de sua classificação, o ser humano reage em todas as suas dimensões aos estressores, e a forma como ele enfrenta estas situações é que pode ser positiva ou negativa, sendo que a resposta do sistema humano à tensão é denominada adaptação, e essa resposta generalizada e não específica à tensão é conhecida como síndrome de adaptação geral.

Além da síndrome de adaptação geral, pode haver uma adaptação específica ao estressor. Ao passo que a síndrome de adaptação geral é involuntária e inconsciente, a adaptação específica pode ser voluntária ou involuntária, consciente ou inconsciente. Quando as adaptações são voluntárias e conscientes, são chamadas de *mecanismos de manejo*; quando involuntárias e inconscientes, *mecanismos de defesa*.

O sofrimento pode ser vivenciado pelo trabalhador diante desses estressores e é entendido na perspectiva de Dejours (1996, p. 153) como “o espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar (para retomar aqui o termo consagrado pela definição de saúde fornecido pela OMS) e, de outro, a doença mental ou a loucura”.

É interessante ressaltar que o entendimento acerca do sofrimento e da relação cristã de cuidado na enfermagem não desapareceu completamente (Petitat, 1998), entretanto perdeu seu caráter vivo, dominante. O significado do sofrimento cristão impunha-se como um dever de reparação dos próprios pecados e dos pecados do mundo, pois a justiça exige a reparação das ofensas feitas a Deus. Neste contexto, a renúncia a si, o perdão e o amor ao outro são exaltados como meios de reencontrar a natureza transcendental de cada um.

Diante do sofrimento do trabalhador no exercício de sua atividade profissional e, especialmente diante da ocorrência de eventos situacionais, algumas possibilidades se desenharam, dentre elas o uso de mecanismos de defesa do ego, como a negação e a sublimação.

De acordo com Taylor (1992, p. 151), a negação é

... a adaptação seguidamente empregada para defender-se o sistema contra a tensão do aparecimento súbito de uma forte ansiedade. É o processo pelo qual o indivíduo realmente deixa de reconhecer a existência de um evento ou sentimento.

A autora afirma, ainda, que é importante compreender que o mecanismo de defesa opera em uma base totalmente inconsciente, em resposta ao aparecimento súbito de tamanha ansiedade.

Quando se nega o sofrimento, pode aparecer o desejo de “não pensar”, de fugir da reflexão, a qual traz desconforto e tristeza, especialmente em se

tratando de óbito de paciente.

Eu procuro não pensar muito. Na hora da parada, que o paciente vai a óbito, dá aquela coisa na gente, mas eu procuro não pensar, me distrair, um colega conta uma piada e passa, a gente acaba se distraindo... (Georgina, A-UTI).

Neste momento, este mecanismo é usado na tentativa de solucionar o problema, de resolver o que o angustia. Afinal, "não está acontecendo nada"...

Neste sentido, duas enfermeiras assim se referem:

... eu acho que alguma coisa a gente faz com esses sentimentos, tu não sentes as coisas igual aos outros. Eu acho que alguma coisa a gente deve negar, porque quando é com um familiar, é outro esquema (Olívia, E-UTI).

... se a situação passou, passou. Eu saio daqui e a minha vida continua... o que aconteceu no hospital fica na porta (Lúcia, E-HO)

Na fala dos trabalhadores neste estudo, a sublimação de algumas situações foi outro mecanismo de defesa que apareceu. A sublimação parece ser reforçada quando se aproxima do caráter de abnegação, renúncia, dedicação e doação que a profissão de enfermagem carrega consigo no decorrer da história.

Pitta (1994, p. 77) diz que

... para entender alguns mecanismos pelos quais a vocação para o trabalho em hospitais se institui e mantém, apesar do trabalho duro, de esforço físico e do lidar com dejetos e situações mais desfavoráveis dos usuários dessas instituições, parece ter na sublimação uma forma de lidar com as pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividade socialmente reconhecidos e possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo à repressão.

O que deve preocupar não é o uso destes mecanismos propriamente, mas a falta de habilidade do trabalhador em utilizar outros instrumentos para fazer frente a isso. A sublimação também foi usada, em um dado momento, para desvincular a satisfação no trabalho da valorização salarial, a qual não é

mencionada nas falas dos trabalhadores. Logo, abandonar estas características de profissão-missão, pode pressupor um processo de desalienação e a busca dos seus direitos enquanto profissional.

A gente está com uma pendência de dissídio, mas que nada... tem um ser aí que está precisando, então a gente vai porque a satisfação é independente do lado financeiro, tem que isolar essas duas partes. Eu escolhi minha profissão, eu gosto do que faço e eu me satisfaço em poder fazer o mínimo pela pessoas que estão no leito (Rosa, A-Am).

Ana Pitta (1994), no seu livro *Hospital: dor e morte como ofício* apresentou ao leitor algumas estratégias defensivas estruturadas socialmente e utilizadas por aquele grupo de trabalhadores para fazer frente ao sofrimento. Foram elas: a) a fragmentação da relação médico-paciente, b) a despersonalização e negação da importância do paciente, c) o distanciamento e negação dos sentimentos, d) a tentativa de eliminar decisões através das rotinas e padronizações de condutas, e) a redução do peso da responsabilidade frente às suas responsabilidades.

Lima (1993) também observou a utilização, pelos trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva, de recursos defensivos, como o distanciamento do paciente, a negação dos aspectos psicológicos do paciente, a negação dos próprios sentimentos e desejos, assim como das próprias limitações, muitas vezes atribuídas à instituição ou a outros profissionais para se defenderem das ansiedades que, com frequência, afluíam nas diversas situações que ocorriam nestas unidades.

Neste trabalho, alguns desses recursos se fizeram presentes nos trabalhadores das unidades críticas, especialmente a negação dos sentimentos, desejos e limitações e a inconsciência acerca daquilo que o trabalhador pode

mudar, independente da instituição a que pertença.

Dejours (1994) relaciona também como uma forma de defesa contra o sofrimento o ativismo, o engajamento na ação, ou seja, a realização do trabalho até a exaustão. O objetivo é não pensar mais, não refletir mais e mesmo não mais perceber o sofrimento. De alguma forma isso está posto no trabalho da enfermagem, quando o trabalhador executa as atividades sem pensar, muito centrado no "fazer".

Um dos aspectos que apareceu é a empatia, a procura de identificação dos trabalhadores com os pacientes, especialmente no que diz respeito à diminuição da qualidade da assistência de enfermagem prestada por eles como evidenciada na fala de uma auxiliar de enfermagem:

... está faltando micropore e o paciente está muito deprimido, com carência nutricional e colocar esparadrapo dói na gente (Elisa, E-UTI).

Neste estudo, tinha a expectativa de encontrar, na fala dos trabalhadores, as estratégias defensivas apresentados por Pitta (1994) para fazer frente ao sofrimento.

No entanto, no decorrer do trabalho, ao olhar com mais profundidade, as diferenças no uso destes recursos manifestaram-se.

É considerado banal aquilo que não é importante para ser valorizado, o que é comum, trivial, "normal", esperado. Porém, estas versões do fato são artificialmente construídas, seja para admiti-los como parte do cotidiano, seja para anular emoções indesejáveis.

Na banalização, é como se o trabalhador colocasse uma "venda nos olhos" e não se permitisse ver o sofrimento com o seu real significado. Eles

sofrem um tipo de “*anestesia*” dos sentidos, mas o sofrimento continua ali. Quando o trabalhador utiliza os mecanismos de defesa, especialmente no caso da sublimação, há uma resolubilidade do processo, uma vez que o uso desse mecanismo “*engrandece o trabalhador e reforça o caráter caritativo da profissão*” (o que importa é fazer o bem “*ao outro*”, não importando a que custo).

Para Carvalho (1987), na banalização, o indivíduo amortece sua sensibilidade para as deficiências, injustiças e feiúras que, no seu tempo de idealismo exaltado, pareciam-lhe revoltantes e intoleráveis. Continua afirmando que ela consiste neste nivelamento por baixo, do sentimento moral e estético, permitindo que o indivíduo adote, como normais e indiferentes, atitudes e opiniões que antes lhe pareciam imorais e desprezíveis.

O trabalhador tenta impedir a sua própria visão do evento e a banalização passa a ser uma “*estratégia de esquecimento*”, tão ressaltada pelos trabalhadores ao longo das entrevistas.

Admitir a presença do sofrimento pode implicar também em reconhecer limites, como o explicitado na fala dos trabalhadores de enfermagem e a conseqüente impotência diante da situação.

A gente vai somando tudo isso (o sofrimento) e tem um dia que a gente tem que explodir (Odete, E-PA).

Para Dejours (1992), o enfrentamento do sofrimento pode ser realizado também através de duas estratégias defensivas utilizadas individualmente pelos trabalhadores: a rotatividade (de trabalho, de posto ou de empresa) ou o absenteísmo. Neste processo, o sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestar. Só a doença é admissível e a medicalização que é efetivada

passa a desqualificar o sofrimento naquilo que ele tem de mental. Logo, ausentar-se do trabalho por motivo de doença e trocar de setor são atitudes aceitáveis e, portanto, não reprováveis no trabalho.

A troca de unidade ou setor, para esse grupo de trabalhadores, não foi um recurso manifestado; ao contrário, o que apareceu foi a resistência em realizar este procedimento. No que tange ao aparecimento das doenças, esse dado se confirma, uma vez que 63% dos trabalhadores referiram apresentar doenças provocadas pelo trabalho. Algumas manifestações que denotavam sofrimento foram menos explícitas, sendo necessário atentar para este fato, quando da interpretação dos dados.

O enfrentamento do sofrimento pode se dar de outras formas, sendo que isso só acontece quando o trabalhador tem auto-estima e maturidade para tal, entendendo que esta é sua responsabilidade individual. O desenvolvimento da consciência de que cada um tem seu espaço e compromisso no grupo, pode auxiliá-lo a fazer frente a essas situações dolorosas e cotidianas, reforçando seu propósito de agir eticamente, mantendo seus propósitos e ideais na prestação da assistência.

Outro aspecto referido por alguns autores é a importância da auto-estima do trabalhador. Branden (1999) assegura que quando o grau de auto-estima é elevado, a atitude é enfrentar a vida e não fugir, encarar os fatos objetivamente, em vez de negá-los, agir com responsabilidade e não irresponsavelmente perante si mesmo.

Já o baixo nível de auto-estima leva a atitudes opostas. O enfrentamento predispõe à mudança e ao crescimento, e a negação da realidade “a ficar

paralisado na sina da qual se está querendo fugir" (p. 39).

Quando se banaliza o próprio sofrimento, a questão ética é um dos aspectos mais evidenciados, uma vez que a banalização predispõe à inversão de valores tido como ideais e selecionados pelo indivíduo para pautar suas ações.

Logo, a banalização do sofrimento surge como uma estratégia para minorá-lo, sendo considerado banal aquilo que não é importante para ser valorizado, o que é comum, trivial, normal, esperado.

Este recurso pode ser utilizado no sentido de possibilitar a continuidade do trabalho, sendo uma das formas que o trabalhador utilizou para fazer frente às crises pessoais ou institucionais que enfrenta.

Para Freitas (1994), o sofrimento pode ser decorrente da própria instituição ou vinculado ao sujeito. Kaes *apud* Freitas (1994), refere

... que nós sofremos os excessos da instituição, dos seus defeitos, das suas dificuldades em manter os contratos e pactos garantidores da realização do que foi colocado como tarefa primária e que motiva o nosso lugar como sujeitos em seu seio (1987, p. 38).

Diz ainda que os trabalhadores sofrem quando percebem a indiferenciação entre os sujeitos, entre eu e o outro, "*como se a máquina institucional fosse nos esvaziar de nossa substância*" (p. 24). Diz ainda que "*o sujeito quer se reconhecer nos outros membros da instituição, mas não pode suportar que a sua singularidade subjetiva seja suprimida*" (p. 24), o que parece estar ocorrendo entre os trabalhadores da enfermagem.

O mesmo autor refere ainda que os sofrimentos ligados à própria vida incluem as restrições, as proibições, as sujeições e as decepções que

acompanham cada ser. Eles são inerentes à separação entre o objeto e o desejo, à angústia, à relação da pessoa com a verdade, seus mitos, fantasias, origens e representações sobre o mundo (p.24).

Carvalho (1987) afirma que a banalização origina uma mudança, acarretando uma inversão total de valores, instalando o mal no lugar do bem, sendo que, neste caso, a negação dos valores é afirmada ela mesma como valor. Como prestar uma assistência baseada na ética, se os valores e ideais que moveram o trabalhador para a escolha dessa profissão estão esquecidos ou sendo negados?

Para Carvalho (1987), o ideal é a bússola que assinala a alma na direção firme e constante por entre as incertezas. Por isso, o sentimento de insatisfação, de vazio e de tédio que os indivíduos experimentam quando traem ou esquecem o ideal, é o sinal de alarme que permite corrigir o rumo e reencontrar o sentido da vida.

Em um estudo realizado em uma empresa, Dejours (1994) encontrou três interpretações diante do sofrimento como resposta dos executivos, sobre a observação das condutas dos seus trabalhadores: (a) a infantilidade, própria da imaturidade individual; (b) o sofrimento decorrente do poder manipulador de pessoas e da hierarquia superior; e, (c) a interpretação banalizante, que consiste em considerar que não há nenhum problema, que tudo vai bem, que as pessoas não estão infelizes e, ao contrário, que finalmente o trabalho se faz em boas condições.

"Fazer de conta que nada acontece" também foi um dado encontrado por Codo (1999) em sua pesquisa com docentes de segundo grau, na qual o

trabalhador, a partir deste comportamento, busca reduzir sua tensão entre vincular-se *versus* não vincular-se afetivamente com sua clientela.

Este autor denomina esta estratégia de “*jogo da amnésia*”, em que o trabalhador procura esquecer todo o sofrimento que ficou armazenado no seu íntimo, sem ser enfrentado.

Neste processo, o sofrimento tende a não desaparecer, porque o conflito, a angústia não são acomodados, não são resolvidos, como ocorre com o uso dos mecanismos de defesa, especialmente em se tratando de trabalhadores de unidades críticas que, continuamente deparam-se com os eventos situacionais, os quais provocam aumento da tensão, ansiedade e quase que a obrigatoriedade de lançar mão de algum recurso defensivo para poder continuar trabalhando.

Na observação dos campos e na análise das falas dos trabalhadores, pude perceber que duas faces da banalização se apresentaram. A primeira é a naturalização do sofrimento, ou seja, quando ele é considerado como parte do cotidiano, da rotina, inerente ao processo de trabalho da enfermagem. A segunda face caracteriza-se pelos ganhos secundários provenientes da vivência do sofrimento.

O sofrimento, como parte da rotina, não é percebido como tal, e mesmo nessas situações, não pode ser resolvido, como coloca uma auxiliar de enfermagem, expressando seu conformismo e sua impotência diante da situação estabelecida:

... a insatisfação a gente tem que engolir, não tem jeito...
(Marília, A-CC).

Para Dejours (1999), o sofrimento aumenta porque os que trabalham vão

perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada, possa amanhã melhorar. Diz ainda que, entre as pessoas comuns, a relação para com o trabalho vai se dissociando, paulatinamente, da promessa de felicidade e segurança compartilhadas para si, primeiramente, mas também para os colegas, para os amigos e para os próprios filhos.

A rotina pode tomar conta da vida dos trabalhadores, e a indiferença e a falta de sensibilidade no trato com os pacientes pode se manifestar, sendo esta uma preocupação de alguns trabalhadores.

A nossa tendência é cair na indiferença, e isso me preocupa, se começo a me avaliar. O treinamento, a humanização pode ajudar... às vezes, não é por má vontade, mas é por inconsciência dos profissionais... (Patrícia, E-UTI).

As pessoas acham que os pacientes que estão na cama não são mais pessoas... acho que isso acontece porque a gente nunca vivenciou isso, nunca ficou em coma esperando que alguém nos dissesse: olha, hoje tem sol, hoje está chovendo (Olívia, E-UTI).

Silva (1998, p. 128) refere que “*quem só ganha-pão com a profissão tem dificuldades para perceber, ter consciência dos próprios atos e envolver-se com alegria nas mínimas ações*”. Diz ainda que os enfermeiros e profissionais da saúde evoluíram muito tecnicamente, mas não conseguiram manter sua humanidade nas pequenas coisas, como não esquecer de sorrir, de olhar nos olhos dos pacientes e dos companheiros de trabalho, de apertar as mãos, de fazer uma afago, de puxar a cadeira, sentar e ouvir.

Estas atitudes não pensadas e automatizadas dos trabalhadores são reforçadas em virtude de situações como carência de reflexão sobre os acontecimentos do dia-a-dia na sua unidade, falta de auto-conhecimento e de auto-estima, o conformismo com o que está posto e estabelecido. Este tipo de vivência, se freqüente, pode levar o trabalhador a um estado de alienação,

podendo ser influenciado facilmente por qualquer pessoa, além de não cumprir suas obrigações com os pacientes e seus familiares.

É o conformismo, é a certeza de que não há nada para fazer ou que eles não são capazes de enfrentar desafios e reverter estas situações que reforçam esta alienação. Pode-se dizer que a busca do conhecimento é um dos instrumentos capazes de intervir nesse estado, oportunizando o início do processo de desalienação.

No centro cirúrgico, em função do número significativo de rituais, a automatização aparece, evidenciando, também, a falta de tempo dos trabalhadores para refletir sobre as questões vividas e o questionamento sobre a insatisfação que esta automatização é capaz de proporcionar aos mesmos.

Os trabalhadores dizem:

... o que percebo é que muitos trabalham sem estímulo, parece meio robotizada a coisa: monta a sala, recebe o paciente, tira o paciente, limpa, coloca outro paciente... não sei até que ponto isso traz satisfação (Raquel, A-CC).

... frente a um óbito acho que Deus dá força para a gente e a gente faz as coisas maquinalmente, nem pensa (Tamara, A-UTI).

... a enfermagem nem se dá conta do que está fazendo... tira equipamento de um para colocar no outro, deixa de conversar com os pacientes mesmo sabendo que é muito importante, às vezes mais do que um remédio... não se pensa mais no que se faz... (Celina, A-PA).

Na fala anterior, implicitamente, surge a questão ética relacionada à escolha feita entre um ou outro paciente na colocação de equipamentos, a falta de diálogo com os pacientes, mesmo sabendo o quanto esta ação pode ser terapêutica e o automatismo das ações em geral. Como viver este dilema e agir eticamente, buscando a melhor alternativa sem refletir e sem compartilhar estas questões com os outros membros da equipe?

Para Dejours (1999), as condições oferecidas pela organização do trabalho podem deixar o trabalhador numa posição psicológica extremamente penosa, conflitante com os valores do trabalho bem feito, o senso de responsabilidade e a ética profissional, como bem enfatiza a fala da enfermeira a seguir:

... a gente faz de conta que assiste. É um faz de conta mesmo porque tem dez itens da prescrição de enfermagem para fazer, eu consigo cumprir um, dois, três quando muito cinco, então a qualidade está baixa e isso é extremamente ruim para mim (Kátia, E-PA).

Os ganhos secundários têm a ver com admitir que o trabalho da enfermagem é difícil, feito só para pessoas especiais, que uma vez escolhido, tem que ser realizado “*de qualquer maneira*”, pois supõe-se que o trabalhador soubesse o quanto era complexo trabalhar nessa área.

Há situações em que a enfermeira de certa forma alimenta o seu sofrimento, quando o evento está potencialmente vinculado à sua necessidade de controlar tudo, ter conhecimento de todas as ocorrências da unidade e empenhar-se na resolução de problemas, mesmo que não lhe digam respeito diretamente. Este sofrimento pode estar presente e ser aceito porque lhe auferem um ganho secundário que o trabalhador terá no exercício do seu trabalho, ao se apresentar como responsável, dedicado.

Entretanto, essa situação possibilita outros ganhos como, por exemplo, o aprendizado que estas experiências podem proporcionar ao trabalhador, desde que esteja receptivo a isso, a admiração dos demais colegas por ele terem coragem de trabalhar em unidades que têm um processo de trabalho extenuante, o que lhe confere um “*status*” diferenciado dos demais trabalhadores do hospital. Isso também pode ser identificado e manifestado

pelos pacientes e seus familiares, o que confere uma das situações mais importantes para o trabalhador, que é o reconhecimento e a valorização.

O contato do trabalhador com o sofrimento, seja seu ou do paciente, num primeiro momento, pode mobilizar muitos sentimentos, evoluindo para uma sensibilização do mesmo, para o desenvolvimento da consciência acerca dele ou o enquadramento desta situação como indissociável da profissão escolhida por ele.

Uma tendência da banalização do sofrimento do trabalhador diante da organização do trabalho, das suas dificuldades pessoais ou diante da dor do paciente, é a alienação. Entretanto, mesmo presente, ela pode ser revisada, tendo-se como perspectiva o amadurecimento emocional do trabalhador que sai mais fortalecido de caminhar em direção à desalienação, uma vez que o trabalho também é manancial de crescimento e realização pessoal. Caso isso não aconteça, com o passar do tempo, a robotização e a automatização nas ações do trabalhador estarão cada vez mais presentes, o que poderá trazer infelicidade, desprazer, sofrimento e doenças psicossociais.

À medida que o trabalhador buscar desalienar-se deste estado, ele terá novas possibilidades, uma vez que, aprendendo a conviver com isso, encontrando seu significado, poderá ter uma melhor qualidade de vida, o que repercutirá na prestação do cuidado aos pacientes.

Na banalização do seu sofrimento, do sofrimento do outro e da própria assistência, o trabalhador demonstrou, através das falas e comportamentos, que pode usar de estratégias defensivas, as quais podem ter efeitos indesejados, tanto para si quanto para os pacientes assistidos por ele.

Esquecer os sofrimentos “*de qualquer maneira*” é uma das possibilidades que eles lançaram mão, apesar da pouca eficácia em muitas situações.

Outra alternativa foi tentar separar sua vida social da vida do trabalho (o que parece ocorrer teoricamente e não na prática), como aparece explicitado nas falas a seguir:

... é claro que tu tens que deixar aqui, esquecer às vezes. Não pode querer misturar as coisas... (Rita, A-UTI).

... eu não posso carregar isso (sofrimento) comigo. Em casa, eu ignoro. Não dá, a gente começa a pirar... (Saionara, A-PA).

Uma outra fala chama a atenção, porque coloca a ambigüidade vivenciada pelo trabalhador, quando este não consegue alcançar o seu desejo de dissociar o trabalho da sua vida, o que provoca um sofrimento ainda maior, mesmo que não assumido.

A gente não esquece do sofrimento, mas isso não vai interferir na minha vida. A gente fica feliz ou triste, mas não interfere na minha vida lá fora. Eu não me esqueço, claro que eu me lembro das pessoas porque ficaram todos conhecidos nossos (Ieda, A-HO).

Esta tentativa é efetivada para que o trabalhador não sofra, mas, com o tempo, pode se tornar insustentável, porque reforça o “*esfacelamento*” do trabalhador como se ele fosse duas pessoas diferentes. Além disso, como renovar o discurso que a enfermagem faz do cuidado holístico, da integralidade do atendimento ao paciente, se o trabalhador se vê de maneira multifacetada?

O discurso de alguns trabalhadores também manifesta a vontade de, ao sair do trabalho, “*desligar*”, como se fossem máquinas com botões “*liga-desliga*”. Logo em seguida, admitem que isso não é possível.

Eu acho que a gente deveria, na hora de sair do serviço, pensar que deve ir e desligar, mas a gente não consegue... (Walesca, E-PA).

É o teu dia-dia que se toma corriqueiro e tu vais levando e se a pessoa não se acostuma, é ruim, vai se auto-destruindo... mas é difícil trabalhar aqui e fazer de conta que não está acontecendo nada... (Anita, A-HO).

Entrar em crise e em processo de adoecimento, apesar das tentativas para encontrar outras saídas, é uma das possibilidades que mais comprometem o trabalhador pois, além de trazer danos pessoais, compromete a realização, bem como a qualidade do seu trabalho.

Às vezes, eu não consigo pensar no que poderia fazer diferente. A insônia é proveniente das preocupações, e eu não vejo luz e eu sinto este cansaço físico e mental, até porque eu não estou trabalhando estes sentimentos e eles se expressam em forma de cansaço. Eu venho trabalhar, porque tenho que vir, mas se pudesse, não teria vindo. Eu percebo que estou no limite.... (Daniela, E-PA).

Na concepção de alguns trabalhadores, as emoções devem ser contidas, demonstrando certa onipotência e uma maneira de “se proteger”, como expressa a fala:

... o pessoal da enfermagem tem dois corações: um para mostrar, outro para sentir. Tu não podes mostrar aquilo que tu sentes (Glória, A-Am).

Diante dessa fala fico refletindo como os trabalhadores podem ter a pretensão de ocultar seus sentimentos dessa forma. Acredito que alguns familiares e os pacientes percebem o “*esforço hercúleo*” e, certamente, incapaz de encobrir todo o sofrimento vivido por estes trabalhadores, invisível pelas estratégias de auto-preservação, mas sempre atuante.

De acordo com Passos (1996), o distanciamento, a segurança, o dinamismo, o respeito e o controle das emoções fazem parte do modelo de saber que corresponde aos traços masculinos, baseados na objetividade e neutralidade que tem perpassado o ensino de enfermagem do Brasil.

Um outro aspecto que apareceu foi o uso da empatia estabelecida pelo

trabalhador entre a sua situação e a do paciente; isto parece saudável, desde que não sirva como parâmetro para que a sua felicidade ou sofrimento sejam banalizados, como na fala a seguir:

... que bobagem ficar pensando que a minha situação é a pior de todas, quando tem gente que sofre tanto. Isso aqui é escola e a gente muda muito a maneira de pensar e de ver as coisas (Joana, E-HO).

Os trabalhadores informaram que, muitas vezes, utilizam as “válvulas de escape”, que são artifícios que ajudam a suplantar muitas situações conflitantes e superar experiências dolorosas. Concordo com Lopes (1995), quando afirma que as “válvulas de escape” quotidianas permitem que enfermeiras e pacientes estabeleçam relações terapêuticas. Entretanto, acredito que esses “respiradouros” devem ser identificados pelos trabalhadores, tendo em vista que o uso dos mesmos, como única alternativa para fazer frente ao sofrimento, pode conduzi-los à alienação e a banalização do sofrimento.

Eu faço artesanato em casa, é a minha válvula de escape... (Glória, A-Am).

Eu acho que cada um tem que ter uma válvula de escape. Penso que cada um tem a sua maneira de fazer isso (Patrícia, E-UTI).

Dentre as possibilidades para construir um novo caminho no enfrentamento do sofrimento, algumas questões começam a ser apontadas pelos trabalhadores como avanços, em relação à conscientização dos mesmos diante das vivências sofridas do seu cotidiano e também diante da percepção de que processo é vivido por muitos trabalhadores. É importante salientar que este estágio ainda não parece ser vivido pela maioria dos trabalhadores com quem mantive contato, entretanto, o processo já começou, mesmo que de maneira incipiente, ou seja, já há indícios de que toma consciência do seu sofrimento e começa a desejar mudanças no seu trabalho.

Já admitem a existência do sofrimento, sendo o seu reconhecimento fundamental, pois é a partir disso que se pode pensar em como enfrentá-lo.

O ambiente com pacientes doentes, crianças, pacientes jovens fazendo quimioterapia, por mais insensível que a gente seja, acaba afetando a parte psicológica da gente (Anita, A-HO).

Aprender a conviver e a compartilhar o sofrimento com os colegas partindo de reflexões individuais e coletivas, em encontros permeados pelo apoio mútuo pode também ser uma das possibilidades para este novo caminhar.

É um desafio, porque relações humanas é fator primordial. É uma conquista que tem que fazer no dia-a-dia, para que se tenha um bom ambiente de trabalho, fazendo dele o segundo lugar onde se fica mais tempo e não um lugar de sofrimento (Daniela, E-PA).

A gente nem tem tempo de conversar um pouquinho. Acho falta de conversar com os colegas, parece que isso te anima... (Valéria, A-UTI).

Conversar é uma forma de descarregar os sentimentos, realizar trocas e isso faz com que se diminua, se coloque para fora o mal-estar, os medos, as angústias... (Margarete, E-UTI).

Uma dificuldade percebida é o pouco ou nenhum espaço que o trabalhador tem para conversar com a família sobre os problemas decorrentes do trabalho, sendo esta uma necessidade sentida por eles, como aparece na fala a seguir:

... quando em casa eu quero contar as coisas do trabalho, os filhos dizem "lá vem a mãe", mas a gente tem que ouvir quando eles querem contar suas coisas... (Leticia, A-PA).

Novamente aparece a figura da mulher como aquele ser abnegado que deve ser capaz de acolher a todos, não tendo a mesma reciprocidade nestas relações familiares. Ficou claro, nesta investigação, o sofrimento dos trabalhadores em não poder dividir com seus familiares as dificuldades

decorrentes do trabalho, pelas mais variadas razões.

Buscar o significado destas experiências para a sua vida, pode ser mais uma das possibilidades que auxiliem o trabalhador, para que ele cresça e se relacione melhor com seu trabalho, percebendo-o como importante instrumento dentro desse processo.

O sofrimento tem que saber peneirar, tirando de tudo uma lição de vida... tu não podes ficar frio, inerte ao sofrimento do outro. Tens que aproveitar para tirar lições, tanto dos aborrecimentos quanto das alegrias... (Marília, A-CC).

Isso me faz viver a vida sem exageros, sem achar que sou vítima... é preciso dar valor às coisas pequenas que tu tens... (Rosa, A-Am).

Essas falas explicitam o aprendizado que podem ter com o sofrimento dos outros, o que pode gerar novos comportamentos e novas formas de viver a sua vida.

Trabalhar com os sentimentos de impotência, impedindo que isso o “imobilize”, é possível e necessário, para que o trabalhador possa continuar fazendo também do seu trabalho uma fonte de realização e prazer.

O fortalecimento das relações entre a equipe, admitindo a necessidade de reconhecimento entre os trabalhadores, é um fator importante a ser considerado.

A gente aqui (centro cirúrgico) não tem aquele retorno do paciente que é importante para o pessoal da enfermagem. Por isso, eu comento com os funcionários que se tem que dar muito apoio uns aos outros e nos gratificamos mutuamente, porque nós não ganhamos flores, bombons dos pacientes (Heloísa, E-CC)

Há o entendimento, por parte de alguns trabalhadores de enfermagem, que é necessário encontrar o equilíbrio entre sofrer sem limites ou negar esse sofrimento, ou seja, enfrentar a banalização deste processo.

No momento eu que tu ficas fria, é o momento de parar para pensar, porque alguma coisa não está certa. Eu tenho tentado refletir e com isso buscar o equilíbrio (Kátia, E-PA).

O dia em que eu me acostumar com essas coisas, vai ser preciso repensar um pouquinho, porque eu acho que nem 8 nem 80. Nem entrar em crise a cada óbito, mas também nem pensar que não aconteceu nada... (Daniela, E-PA).

Cassorla (1991) diz que, para que os profissionais possam lidar com os problemas emocionais decorrentes do trabalho com seus pacientes, devem tentar, por introspecção, examinar seus sentimentos e reações; o segundo aspecto seria falar sobre os casos, trocar idéias, compartilhar com colegas (a fala e a escrita favorecem o ordenamento dos pensamentos), sem dispensar as reuniões formais de equipe.

Outra possibilidade seria contar, segundo este autor, com a ajuda de um supervisor, de preferência médico com formação psicanalítica e externo à equipe, o qual poderá ajudar a explicitar fenômenos que a equipe não tem condições de perceber. A análise pessoal do profissional poderá também ajudá-lo a lidar melhor com seus conflitos e compreender melhor seus pacientes.

O reconhecimento dos seus limites e da necessidade de ajuda de profissionais formados para esta atividade, é um dado importante para esses trabalhadores, na tentativa de enfrentar e não mais negar o sofrimento vivido na profissão.

Enfermagem é enfermagem. Tu vês as pessoas morrendo, sofrendo, tu não podes viver em função disso. Tu tens a tua vida, tem que ir para frente. Acho que o hospital deveria ter uma psicóloga ou terapeuta para nos ajudar a vencer essas coisas. Tu vais negando, negando, fazendo de conta que nada acontece... (Olívia, E-UTI).

Desta forma, conhecendo-se melhor, Cassorla reafirma que “*poderemos ajudar aos outros, ouvindo sem preconceitos, sem julgamento, com respeito, no*

desespero, em face da morte, no desânimo e na confusão” (1991, p. 239).

Dejours (1999) assegura que a banalização do mal (neste caso visto como o sofrimento), passa por várias fases, cada uma das quais depende da construção humana. Trata-se, portanto, de um processo que implica em responsabilidades e que, como tal, pode ser interrompido, controlado, contrabalançado ou dominado pelas decisões humanas. Portanto, a aceleração ou frenagem deste processo depende da vontade e liberdade do homem.

Para Carvalho (1987, p. 6),

... todos os indivíduos, em quem ainda reste um grão de consciência das metas reais e superiores da existência humana, há o dever imediato e indeclinável de estudar, conhecer e desmascarar os mecanismos corruptores da banalização, para escapar aos falsos conflitos em que ele nos joga e às falsas alternativas que ele nos oferece.

Diante disso, uma das possibilidades que se desenha para os trabalhadores, inclui “acomodar-se”, entendendo que esta é uma cota obrigatória da enfermagem e que ele deve assumir e administrar a partir de mecanismos de defesa do ego, como a negação e a sublimação ou da banalização do mesmo.

Outra estratégia envolve a construção de novos caminhos, individual e coletivamente, do desenvolvimento da sua consciência, do auto-conhecimento, o que implica em um trabalho árduo, responsável e extenuante, porque envolve outras pessoas, seus sentimentos e desejos. Porém, acredito que será somente através dessa segunda alternativa que o trabalhador poderá ser capaz de ter mais prazer e alegria no desempenho da sua profissão, assegurando seu compromisso ético consigo mesmo e com os pacientes a quem assiste no seu cotidiano.

6 Refletindo acerca do problema de pesquisa, dos objetivos e da formulação da tese

A reconstrução do homem que trabalha, uma vez que partimos da premissa que ele está fragmentado e desfigurado em múltiplos papéis, começa pela negação do trabalho como exclusiva fonte de identificação

Leopardi (1999: 51).

Ao finalizar este estudo acerca da banalização do sofrimento e da sua re-significação ética na organização do trabalho, considero importante ressaltar alguns aspectos do mesmo.

Se é preciso re-significar, isto quer dizer que um novo significado se faz necessário para um mesmo fenômeno, ou ainda que o significado atribuído ao mesmo, até então, não atende mais à necessidade das pessoas.

E foi a partir dessa constatação que procurei refletir sobre a organização do trabalho nas unidades de assistência especiais ou diferenciadas, conhecidas como unidades críticas, bem como o modo de enfrentamento do sofrimento dos trabalhadores.

O problema que estabeleci para esta investigação implicava em descobrir que efeitos as características desta organização, ou os eventos situacionais vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas, provocam na sua vida.

A organização do trabalho, delimitada para este momento, envolveu o ambiente, a força de trabalho, o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, o poder, a liderança, e pode-se dizer que ela é preponderante no prazer e bem-estar dos trabalhadores. Quando há desorganização neste processo de trabalho, o sofrimento se apresenta, principalmente, quando envolve o que Moscovici (1997) chama de "*competência emocional*", ou seja, as dificuldades que são decorrentes das relações interpessoais. Este aspecto é importante,

porque as habilidades técnicas são pré-requisitos para se atuar nessas unidades e, quando não dominadas anteriormente, logo são adquiridas em função das características e exigências de trabalho nessa unidade.

É importante salientar que as habilidades técnicas "são visíveis", o que não acontece com a capacidade de relacionar-se com os colegas, pacientes e familiares, os quais, muitas vezes encontram-se em crise e cuidar de pessoas em crise implica em identificá-las, buscando assistir de acordo com as suas necessidades.

Concordo com Dejours (1999), quando diz que trabalhar, na verdade, não é apenas exercer atividades produtivas, mas também "*conviver*". Assim, a organização racional do trabalho deve incorporar, antes de tudo, a eficácia técnica, mas deve também incorporar argumentos relativos à convivência, ao viver em comum, às regras de sociabilidade, ou seja, ao mundo social do trabalho, bem como argumentos relativos à proteção e realização do ego, à saúde e ao mundo subjetivo.

Com relação aos objetivos propostos para este estudo, posso dizer que, com relação ao primeiro objetivo, que era a caracterização da organização do trabalho em unidade crítica, foi alcançado e encontra-se explicitado a partir da apresentação de aspectos comuns às unidades pesquisadas e ao processo de trabalho diferenciado em cada uma delas.

O segundo objetivo previa a identificação dos eventos situacionais vivenciados em unidade crítica, na assistência à saúde e que podem ter efeitos no modo de enfrentamento do sofrimento do trabalhador.

Os eventos situacionais, como avaliado anteriormente, trouxeram

sofrimento em maior ou menor grau, o que dependia do contexto do trabalhador naquele momento. Com relação a eles, pode-se dizer que os eventos previstos não traziam muitos transtornos às unidades, uma vez que o grupo organizava-se para esperá-los, no que se refere à assistência propriamente dita, uma vez que os transtornos de ordem emocional que acometiam os trabalhadores, dependiam de fatores como tempo de internação, idade do paciente, vínculos com ele e com sua família, dentre outros e eram muito mais complexos e desafiadores.

Vários eventos ocorriam nas unidades e não eram percebidos nem identificados como causadores de ansiedade, estresse e de sofrimento como, por exemplo, a falta de leitos na unidade, a superlotação, a falta de autonomia das enfermeiras para remanejar escalas de serviço, alteração súbita do quadro clínico dos pacientes.

A inconsciência acerca da existência desses eventos e, portanto, a impossibilidade de intervir sobre eles ficou evidente, além do que a maioria dos eventos causadores de mal-estar, desconforto e sofrimento não dependiam da atuação da enfermeira ou da sua equipe (apesar do sentimento de permanente auto-responsabilização assumido pelo trabalhador), sendo vinculados à instituição, a outros profissionais ou aos próprios pacientes.

Já o terceiro objetivo previa evidenciar as relações existentes entre os eventos situacionais presentes na organização do trabalho e seus efeitos na produção de sofrimento e desprazer nos trabalhadores. Este objetivo foi alcançado, na medida em que detectei o quanto os eventos, identificados ou não pelos trabalhadores, traziam desconforto e sofrimento aos mesmos.

A tese construída para este estudo pressupõe que a organização do

trabalho, bem como os eventos situacionais específicos, decodificados ou não, vivenciados individualmente ou coletivamente em unidade crítica, produzem efeitos sobre o modo de enfrentamento do sofrimento. Esta tese se confirmou na medida em que os eventos ocorridos nestas unidades provocaram desconforto, mal-estar e sofrimento nos trabalhadores, produzindo modos diferenciados de enfrentamento dos mesmos, analisados e relacionados aos aspectos da organização.

Os modos de enfrentamento incluíram a utilização de, especificamente, mecanismos de defesa, quais sejam a negação e a sublimação, assim como a banalização do sofrimento.

A negação e a sublimação, enquanto mecanismos de defesa, foram utilizados inconscientemente pelo trabalhador e parecem combinar com as características da enfermagem, ou seja, uma profissão reconhecida socialmente como aquela que tem suas bases na caridade, na benemerência e não se relaciona às exigências estabelecidas por outras profissões.

A banalização foi o modo de enfrentamento mais comum e a estratégia estabelecida pelo trabalhador, com a qual não percebia, no trabalho ou na sua vida, nada de errado que merecesse momentos de reflexão ou atitudes que revertissem em mudanças. O que estava posto é o que deveria se esperar, seja relacionado à organização do seu trabalho, à saúde do paciente, ao relacionamento com a sua família ou até mesmo à sua integridade física, mental ou espiritual.

Esta perspectiva gera a necessidade de incorporar à análise as mesmas indicações que muitos autores têm feito sobre o processo de trabalho, sua degradação e perversidade. Os trabalhadores são continuamente

despersonalizados e destituídos das condições mais elementares para o desenvolvimento de uma vida sadia e plena. Até mesmo são expropriados das muitas possibilidades que o próprio trabalho traz para a formação da consciência.

Esta banalização feita pelo trabalhador assumiu duas formas de apresentação:

- a) a banalização baseada na “*naturalização*” do sofrimento, onde tudo que ocorria fazia parte do contexto e, portanto, deveria ser esperado e aceito sem espanto;
- b) o envolvimento de ganhos secundários, ou seja, vantagens, como o reconhecimento dos demais trabalhadores que estes eram “*especiais*”, porque atuavam em unidades complexas, o que, em parte, recompensaria os enfrentamentos realizados.

É importante salientar que a banalização do sofrimento expressa pelo trabalhador não anula tal sentimento, bem como se suspeita que possa contribuir significativamente para o surgimento de doenças psicossomáticas e outras decorrentes de agravos emocionais vividos no trabalho.

Um outro achado foi o estado de alerta permanente relatado pelos trabalhadores, ou seja, a impossibilidade de se desligarem do seu trabalho, o que se relaciona com a incapacidade de relaxar e descansar quando estão em suas casas. Em função disso, o desejo de “*esquecer o trabalho*” fez parte dos seus discursos de maneira intensa nas entrevistas. Este aspecto se relaciona com o sentido que o trabalhador pode dar ao seu trabalho, pois como diz Dejours (1994, p. 18)

... passa também pela instauração de uma ética na qual são estabelecidos alicerces de confiança recíproca e o fortalecimento da identidade através do reconhecimento de todos os sujeitos do trabalho, respeitados em suas capacidades e sentimentos. Sem este processo, não poderá haver construção de um 'sentido' do trabalho na vida mental do trabalhador. E sem esse sentido, será impossível a mobilização conjunta de sentimentos e inteligência para a sublimação e para a criatividade.

Este estado de alerta pode ser considerado um dos resultados do trabalho desenvolvido, continuamente, em unidades críticas, com alto nível de exigência técnica, emocional e espiritual para os trabalhadores. Este estado de alerta precisa ser investigado em outros estudos, pois além de não ser identificado pelos trabalhadores neste momento, pode-se estabelecer estreitas relações com as doenças provenientes do trabalho na enfermagem.

Ao entrevistar os sujeitos desta pesquisa, percebi uma grande necessidade de serem ouvidos, reconhecidos e valorizados pelos outros trabalhadores da saúde (especialmente pelos médicos), pelos seus pares, mas, também, pelos pacientes e seus familiares. Desta forma, o trabalhador não lhe retira, todavia, sua possibilidade de sonhar com mais valor e prazer. Banalizar o sofrimento, apesar de ter origem numa inconsciência mais ou menos comum a toda a sociedade, pode ser, e muitas vezes, foi explicitado assim, um modo de manter certa dignidade, através da idealização do seu valor na área da saúde e na sociedade.

É provável que esta "*visibilidade da enfermagem*" também tenha ligação com a conscientização dos trabalhadores de que é preciso desvendar, de maneira lúcida e corajosa, seus sentimentos e comportamentos cotidianos, pois o enfrentamento só pode ser realizado a partir deste reconhecimento. O prazer e a satisfação podem ser fontes para a continuidade da caminhada, ao passo

que os sofrimentos, se revistos, poderão também fortalecê-los, tornando sua jornada mais construtiva e, possivelmente, mais feliz.

Outro aspecto que me chamou atenção foi que ao responderem às entrevistas, os trabalhadores usaram o pronome "tu", para dizer suas próprias conjecturas e sentimentos, quando seria óbvio o uso do "eu" e a utilização deste artifício foi mais flagrante quando se tratava de situações indesejadas pelos trabalhadores.

A inexistência de salas de repouso adequadas para a enfermagem, especialmente para o repouso noturno, chamou-me a atenção. Mas o que me causou espanto, foi este fato não ter sido mencionado por nenhum dos 46 trabalhadores participantes da pesquisa. Por que isso é tão natural para esse grupo que convive com os médicos, os quais têm todos esses direitos assegurados? Por que a enfermagem aceita realizar seu descanso em locais como salas para lavagem de materiais, rouparia, cozinhas, sem questionar ou reclamar? Seriam a baixa auto-estima do grupo ou a banalização do seu trabalho respostas para tal acontecimento? É possível que sim, somado à história de submissão, subserviência e ao que se espera desses profissionais no hospital.

Ao finalizar a entrevista, solicitava aos trabalhadores que referissem o que poderia ser mudado no seu local de trabalho para melhorá-lo. Muitos deles, apesar de durante a entrevista apresentarem várias queixas, neste momento nada sugeriam, como se realmente estivesse "*tudo no seu devido lugar*".

As sugestões dos trabalhadores de enfermagem das unidades críticas envolvidas reportaram-se, basicamente, a questões relativas à organização do

trabalho (ambiente e força de trabalho) e à assistência dos pacientes.

Com relação **ao ambiente** fizeram sugestões como:

- a) remodelação do ambiente físico, adequando-o às exigências do trabalho a ser desenvolvido;
- b) aumento do número de leitos no sentido de agilizar os atendimentos e encaminhamentos dos pacientes que procuram esses serviços;
- c) revisão e conseqüente diminuição do fluxo de pessoal nestas unidades, especialmente no turno da manhã, onde as atividades, em geral, são em maior número (prescrições médicas, realização de exames, entre outras);
- d) colocação de música no ambiente para torná-lo mais relaxante para trabalhadores, pacientes e seus familiares;
- e) organização de normas e rotinas que possibilitem a melhoria do andamento do trabalho.

Com relação **aos trabalhadores**, as sugestões foram as seguintes:

- a) maior número de trabalhadores nas referidas unidades;
- b) realização de encontros dos trabalhadores de saúde e, em especial, da enfermagem, com profissionais especializados (enfermeiras, psicólogos ou psiquiatras), com o objetivo de compartilhar as experiências vividas por eles;
- c) educação continuada que busque, também, a valorização e o reconhecimento do trabalhador e a melhor integração e harmonização no trabalho;

- d) integração com a equipe médica, bem como a inserção de outros profissionais nas equipes (por exemplo, o assistente social);
- e) criação de grupos de estudos entre os trabalhadores de enfermagem, para atualização e fomento de pesquisas e publicações na área de enfermagem;
- f) maior integração dos serviços de saúde com as instituições formadoras de pessoal da enfermagem, na tentativa de diminuir a dicotomia entre teoria e prática, ensino e serviço.

Com relação à **assistência aos pacientes**, as referências foram as seguintes:

- a) manutenção da privacidade do paciente, aspecto importante a ser assegurado para o bem-estar do mesmo;
- b) percepção da necessidade de conversar mais com os pacientes sob os seus cuidados, desejando valorizar este cuidado essencial, principalmente para os pacientes;
- c) realização de mais orientações aos pacientes internados ou ambulatoriais, tendo em vista o entendimento que esta ação qualifica sobremaneira a assistência de enfermagem, fortalecendo também os laços entre paciente e trabalhadores de enfermagem.

Ao analisar mais detidamente estas sugestões, ressalto que novamente parecem envolver "*questões simples*" e que podia se esperar que estivessem sendo realizadas, cotidianamente, nas unidades.

Sem dúvida, a identificação desses aspectos é importante, mas, por outro lado, reforça também a banalização de situações comuns no dia-a-dia do

trabalho. No entanto, todas essas questões têm a ver com um compromisso ético assumido pelo trabalhador, quando ele opta por trabalhar com pacientes na enfermagem.

Assim, o "locus de controle" foi muito mais vezes localizado fora de si, ainda que se referissem a situações relativas a si mesmo. A instituição, a chefia, os colegas, a política, são alvos constantes de denúncias, ficando, assim, distantes demais do dia em que seus problemas irão ser solucionados.

Identifico-me com Dejours (1994, p. 18), quando diz que

... o caminho que conduz ao trabalho saudável é o mesmo que respeitar a identidade em sua construção plena dentro de um trabalho cuja organização seja eticamente prescrita, respeitando os potenciais e limites da condição humana.

A banalização se apresenta, justamente, na ausência do espanto diante das vivências cotidianas, e é possível que a questão ética resida, justamente, na retomada da "atitude de espanto" por parte dos trabalhadores diante de situações conflitantes, como a falta de atendimento ou o tratamento inadequado aos pacientes; a ausência de reivindicações da categoria; o desgaste profissional não reconhecido pelos empregadores; a não assunção das responsabilidades e possibilidades que eles têm para fazer frente ao sofrimento, delegando isso "aos outros".

Para Leopardi (1992, p. 74),

além da ética como atitude de espanto diante do óbvio, para buscar seu sentido moral, embora nem sempre compreendido, possivelmente pelo anestesiamiento cotidiano de nossas vidas, temos de assumir uma atitude estética, para resgatarmos a dimensão sensorial e criativa, no prazer dos gostos dos alimentos, dos odores, dos sons, do tato.

Banalizar o sofrimento como forma de manter o equilíbrio, não será uma atitude que traga benefícios duradouros, mas fugazes, e que transformam o

cuidado em uma ação destemperada, unilateral, porque minimiza as possibilidades de relações dialógicas.

Não há estratégias já, comprovadamente, úteis para fazer do trabalho na enfermagem um processo de desenvolvimento do sujeito, nem há fórmulas para que os trabalhadores enfrentem o sofrimento em seu trabalho com maturidade, buscando significados superiores para a sua existência. Mas isso não significa que tenhamos de parar de buscar, refletir e experimentar formas de organização em que a humanidade dos homens não seja mera retórica, ou mais uma das tantas maneiras de justificar nossos próprios comportamentos.

Carvalho (1987) refere que, ao contrário se afastar das responsabilidades que competem a cada um, os indivíduos precisam tomar atitudes que combatam o processo de banalização, sob pena de não alcançarem o prazer, o conforto e o bem-estar, os quais podem auxiliar na construção de um cotidiano laboral mais equilibrado e perderem de vista seus ideais, faróis que iluminam o caminho.

E para finalizar associo-me a Moscovici (1997, p. 127), e desejo que *"cada trabalhador, como uma pequena onda de leve crista bem branquinha, cada um, com sua individualidade, construa o seu caminho e cumpra seu destino também único, da melhor forma possível"*.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan Stuart Yazlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ARENDDT, Hannah. **De la historia a la acción**. Barcelona: Paidós, 1995.
- BAUER, Marta Regina. Ideais de uma enfermeira- espera. In: ARRUDA, Eloita Neves, GONÇALVES, Lúcia H. Takase (Coord.) **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: ed. da UFSC, 1999.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em UTI**. Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima no trabalho: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARVALHO, Olavo. **Aula do curso de introdução à vida intelectual**. set.1987. Internet.
- CARRASCO, A. & MELIA, S. **Capacitacion dei profesional de enfermeria: uma metodologia de investigacion y prtevencion en salud mental**. Montevideo, Uruguai, 1992. Mimeografado.
- CASSORLA, Roosevelt M.S. **Lidando com a AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional**. In: **Da Morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991. p.231-241.
- CODO, Wanderley, SAMPAIO; José Jackson Coelho & HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
- CODO, Wanderley (Coord) *et al.* **Educação: carinho e trabalho**. Petropólis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- CUNHA, Kátia de Carvalho. **Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática de enfermagem: identificação e análise feita por enfermeiras de um hospital de ensino**. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1987.
- DAL SASSO, Grace Terezinha Marcon. **A crise como oportunidade de**

- crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- **DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- **DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth & JAYET, Christian. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.
- **DEJOURS, Christophe. A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- DIEL, Paul. O simbolismo na mitologia grega.** São Paulo: Attar, 1991.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio escolar da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida & CARVALHO, Vilma de. O corpo da enfermeira como instrumento de trabalho.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- FONSECA, Tânia Mara Galli. De mulher à enfermeira: conjugando gênero e trabalho.** In: LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina (Coord.) **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- **FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder.** 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- FREITAS, M.I. de Fátima. A instituição como obstáculo ao prazer no trabalho da enfermagem.** In: Jornada Mineira de Enfermagem, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte [s.n.], 1994. p.21-33.
- GASPARETTO, Luís Antônio. Prosperidade profissional.** São Paulo: Centro de Estudos Vida & Consciência, 1998.
- GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- **GONZALES, Rosa Maria Bracini. Na busca da autopercepção: um trajeto vivenciado por enfermeiras.** Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem); Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HELLER, Agnes. Sociologia de la vida cotidiana.** Barcelona: Península, 1991.

- KANTORSKI, Luciane. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2. p.5-15, abr.1997.
- KESTEMBERG, C.C.F. et al. Situações de vida e morte: uma questão reflexiva. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, 45 (4): 259-265, out/dez. 1992.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46, out/nov. 1994, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: CBEEn, 1994.
- ___ **A interdisciplinaridade na saúde: encontros e desencontros.** Conferência realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis: UFSC, 1998. Mimeografado.
- ___ Para além do trabalho alienado: a utopia de ser saudável. **Texto Contexto Enf**, Florianópolis, v.1, n.2, p.70-75, jul-dez. 1992.
- ___ A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa livros, 1999.
- LIMA, Maria da Glória. **Assistência prestada pelo enfermeiro em UTIs: aspectos afetivos e relacionais.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1993.
- LOPES, Marta Júlia Marques. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Júlia Marques & MEYER, Dagmar Estermann (Org.) **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER; Dagmar Estermann & WALDOW, Vera Regina (Org). **Gênero & saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ___ **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ___ **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1996.
- MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal da enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar**. Local: Editora, 1995. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1995.
- MELEIRO, Alexandrina Reportagem: médicos rebeldes. **Revista Isto É** n.1572, 17/11/99. Internet.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Processo de trabalho em saúde**. Universidade de São Paulo. São Paulo: 1988. Departamento de Saúde Coletiva. mimeografado.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MIRANDA, Cristina Loyola. **O risco e o bordado: um estudo sobre a formação de identidade profissional**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
- **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações de espaço asilar**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed da UFRJ, 1994.
- MOSCOVICI, Fela. **Razão e emoção: a inteligência emocional em questão**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 1997.
- PASSOS, Elizete Silva. **De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação das enfermeiras**. Salvador: EDUFBA/ EGBA, 1996.
- PETITAT André. Ciência, afetividade e cuidados de enfermagem. In: **Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SAMPAIO, José Jakson Coelho *et al.* Saúde e trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. In: **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1985.
- SELIGMANN SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

- SILVA, Maria Júlia Paes da. Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. In: **MARCAS DA DIVERSIDADE: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- SILVA, Marco Aurélio Dias da. **Quem ama não adoce**: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. 16. ed. São Paulo: Best Seller, 1998.
- SILVA, Graciette Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.
- SOBRAL, Vera R.S. *et al.* De Florence a Du Loren. **R. Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.103-112, maio 1996.
- SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. São Paulo: Papirus, 1994.
- TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica (de Mereness)**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion In enfermeria psiquiatrica**. Colômbia: Carvajal, 1979.
- TRIVINÕS, Augusto. **A Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- TODD, D. Jick. **Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action**. Administrative Science Quaterly. Cornell Univ, v.24, p.602-611, dec.1979.
- TONHOM, Sílvia Franco da Rocha. **Queixas de mal-estar entre os trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital geral público**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1997.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós Graduação. **Estrutura da dissertação/tese e sua apresentação gráfica**. [Organizado por] Dominguita Lüthers Graça, Zilda Rossetto de Moraes & Ana Rosa Dal Santo Casarin. 4. ed. Santa Maria: UFSM, 1995.
- VAZ, Marta Regina Cezar. Reflexões concernentes ao conceito de trabalho e a cotidianidade (em Agnes Heller e Michel Maffesoli). **R. Bras. Enf** , Brasília, v. 48, n. 2, p. 168-171, abr./jun. 1995.

Anexos

ANEXO 1 - Formulário

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO				
Enfermeiro ()	Auxiliar de Enfermagem ()	Código:		
Instituição de Saúde				
Hospital de Caridade ()		Hospital Universitário ()		
Local de Trabalho				
Unidade de terapia intensiva ()		Unidade de hemato-oncologia ()		
Centro cirúrgico ()		Ambulatório de hemato-oncologia ()		
Unidade 200 ()		Pronto-atendimento ()		
Idade	Sexo	Feminino ()	Masculino ()	
Turno	Manhã ()	Tarde ()	Noite ()	
Tempo de Serviço	Na Enfermagem		Na Unidade	
Trabalha em outro local ?	Sim ()		Não ()	
Qual?	Nº.de Horas			
Como está se sentindo e que comportamentos abaixo apresenta no cotidiano e que considera estarem vinculados ao trabalho que desempenha:				
DADOS OBJETIVOS:				
	Ao assumir o plantão		Ao sair do plantão	
Sinais Vitais	P	P		
	R	R		
	T	T		
	PA	PA		
Outros dados:	Mãos frias ()	Mãos frias ()		
	Mãos suadas ()	Mãos suadas ()		
	Sudorese ()	Sudorese ()		
	Vermelhidão na pele ()	Vermelhidão na pele ()		
	Palidez na pele ()	Palidez na pele ()		
	Dilatação de pupilas ()	Dilatação de pupilas ()		
	Alergias ()	Alergias ()		
Palpitações ()	Palpitações ()			

DADOS OBJETIVOS (cont.):		
Ao assumir o plantão		Ao sair do plantão
	Pressão arterial elevada ()	Pressão arterial elevada ()
	Pressão arterial baixa ()	Pressão arterial baixa ()
	Tonturas, vertigens ()	Tonturas, vertigens ()
	Dificuldade para respirar ()	Dificuldade para respirar ()
	Insônia ()	Insônia ()
	Cansaço fácil, fadiga constante ()	Cansaço fácil, fadiga constante ()
	Tensão pré-menstrual ()	Tensão pré-menstrual ()
	Boca seca ()	Boca seca ()
	Excesso de saliva ()	Excesso de saliva ()
	Náuseas ()	Náuseas ()
	Vômitos ()	Vômitos ()
	Indigestão ()	Indigestão ()
	Inapetência Alimentar ()	Inapetência Alimentar ()
	Apetite excessivo ()	Apetite excessivo ()
	Constipação/prisão de ventre ()	Constipação/prisão de ventre ()
	Diarréia ()	Diarréia ()
	Lombalgias/dores na costas ()	Lombalgias- dores nas costas ()
	Dores nas pernas ()	Dores nas pernas ()
	Dores de cabeça ()	Dores de cabeça ()
	Dores no estômago ()	Dores no estômago ()
	Distúrbios urinários ()	Distúrbios urinários ()
	Bem- estar geral ()	Bem- estar geral ()
	Mal- estar geral ()	Mal- estar geral ()
	Outros ()	Outros ()
DADOS SUBJETIVOS:		
Ao assumir o plantão		Ao sair do plantão
	Tranquilo ()	Tranquilo ()
	Intranquilo ()	Intranquilo ()
	Seguro ()	Seguro ()
	Inseguro ()	Inseguro ()
	Aborrecido ()	Aborrecido ()
	Alegre ()	Alegre ()
	Satisfeito com o trabalho ()	Satisfeito com o trabalho ()
	Insatisfeito com o trabalho ()	Insatisfeito com o trabalho ()
	Emocionalmente equilibrado ()	Emocionalmente equilibrado ()

Emocionalmente desequilibrado ()	Emocionalmente desequilibrado ()
Com problemas familiares()	Com problemas familiares ()
Sem problemas familiares ()	Sem problemas familiares ()
Irritado ()	Irritado ()
Frustrado ()	Frustrado ()
Realizado ()	Realizado ()
Cansado ()	Cansado ()
Descansado ()	Descansado ()
Indeciso ()	Indeciso ()
Decidido ()	Decidido ()
Deprimido ()	Deprimido ()
Não deprimido ()	Não deprimido ()
Ansioso ()	Ansioso ()
Triste ()	Triste ()
Hiperexcitado ()	Hiperexcitado ()
Mal-humorado ()	Mal-humorado ()
Bem-humorado ()	Bem-humorado ()
Perfeccionista ()	Perfeccionista ()
Dificuldade de concentração ()	Dificuldade de concentração ()
Facilidade de concentração ()	Facilidade de concentração ()
Criativo ()	Criativo ()
Pouco criativo ()	Pouco criativo ()
Dificuldade de relacionar-se ()	Dificuldade de relacionar-se ()
Facilidade de relacionar-se ()	Facilidade de relacionar-se ()

IMPRESSÕES:

--

ANEXO 2 - Roteiro de Observação
--

EVENTO(S) OBSERVADO(S):	
<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> internação
<input type="checkbox"/> informação de óbito ao familiar	<input type="checkbox"/> alta a pedido
<input type="checkbox"/> emergência	
<input type="checkbox"/> outro - Especificar:	
DADOS OBJETIVOS:	
O Ambiente de Trabalho em si:	
número de funcionários (adequado ou não)	
equipamentos (adequados ou não)	
relação entre número de pacientes x número de funcionários x complexidade do estado do paciente	
características dos pacientes	
Dinâmica do Trabalho- como transcorreu o turno:	
seqüência dos eventos	
conseqüências dos eventos	
trabalho em equipe frente aos eventos	
DADOS SUBJETIVOS:	
Comportamentos, atitudes, diante dos eventos: choro, agitação, agressividade, indiferença, etc.	
queixas, reclamações	
diálogos entre funcionários: tenso, alegre, com cobranças, construtivo	
sentimentos mobilizados diante da assistência de enfermagem	
relações interpessoais com os colegas, pacientes e familiares	
impressão a respeito dos trabalhadores após a ocorrência dos eventos e/ou o turno de trabalho	

ANEXO 3 - Registros no Diário de Campo

REGISTROS			
Dia:		Turno: Manhã () Tarde () Noite ()	
Instituição de Saúde			
Hospital de Caridade ()		Hospital Universitário ()	
Início da Atividade:		Término da Atividade:	
Dados:			
Enfermeiro ()		Auxiliar de Enfermagem ()	
Idade:	Sexo:	F ()	M ()
Local de atuação:			
Tempo de Serviço:	Na Enfermagem:	Na Unidade:	
DADOS DESCRITIVOS		ANÁLISE REFLEXIVA	

ANEXO 4 - Roteiro de Entrevista

ENTREVISTA			
Instituição de Saúde			
Hospital de Caridade ()		Hospital Universitário ()	
Unidade de atuação:			
Unidade de terapia intensiva ()		Centro cirúrgico ()	
Pronto-atendimento ()		Unidade de hemato-oncologia ()	
Ambulatório de hemato-oncologia ()		Unidade 200 ()	
Turno de trabalho:		M ()	T () N ()
Tempo de Serviço:			
Na Enfermagem:	Na Instituição:	Na Unidade:	
Trabalha em outro local?		Sim ()	Não ()
Qual?			
Número de horas semanais:			
Apresenta doença provocadas ou não pelo desempenho do trabalho na área de Enfermagem ?		Sim ()	Não ()
Qual?			
1. Em relação a alguns aspectos do trabalho que vou apresentar, que associação você faz com a sua vida, para melhor ou para pior:			
a) ambiente			
b) força de trabalho: número, qualificação, nível de satisfação no trabalho			
c) relações interpessoais			
d) relações de poder e autoridade			
e) liderança			
f) trabalho em equipe			
g) qualidade da assistência prestada por todos os profissionais			
2. Que situações ocorrem na unidade e que você considera que trazem:			
a) insatisfação, sofrimento, desconforto, desprazer, mal-estar			
b) satisfação, bem-estar, conforto			
3. Como estes aspectos evidenciados acima (sofrimento/bem-estar) interferem na sua vida?			

4. Como você trabalha com situações de bem-estar (satisfação) e de sofrimento (insatisfação) originadas no trabalho ?
5. Você identifica a interferência de suas crises individuais no trabalho e as crises do trabalho na sua vida pessoal ? De que forma ?
6. Como você considera que está a sua vida nos dias atuais, nos seguintes aspectos: (em uma escala de 0 a 10)
material
psicológico
espiritual
social
7. No local que você trabalha, ocorrem, com frequência, eventos críticos como óbitos, emergências. Como você reage frente a estas situações? Como fica o ambiente nestas situações?
8. Nestas ocasiões, identifica alterações físicas e emocionais em você ? Quais?
9. Você acredita que seus colegas de trabalho apresentem alterações físicas e emocionais ou isto acontece só com você ?
10. Você considera os seus sentimentos e sensações de desprazer, desconforto ou sofrimento como algo que deve dar importância ? Por que?
11. O estado permanente de alerta interfere na tua vida ? De que forma ?
12. O que você acha que poderia ser mudado no seu local de trabalho para melhorá-lo ?
Impressões da entrevistadora

ANEXO 5 - Solicitação de Autorização para Coleta de Dados

Prezada Diretora de Enfermagem

Venho através deste, solicitar a liberação da direção de enfermagem para desenvolver, neste hospital, o Projeto de Tese de Doutorado intitulado "**Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**" enquanto aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem - área de concentração: Filosofia da Enfermagem desenvolvido na Universidade Federal de Santa Catarina/SC.

O referido trabalho tem como proposta efetivar a coleta de dados nas seguintes Unidades: Terapia Intensiva de Adultos, Pronto-Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidade e Ambulatório de Oncohematologia desta instituição.

A pesquisa envolverá um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem de cada unidade, nos três turnos de trabalho, sendo que os mesmos serão selecionados por sorteio.

A previsão de tempo para esta atividade é de, aproximadamente, dois meses e inclui, como instrumentos de coleta dos dados, um formulário, registros de campo e roteiro de entrevista.

Coloco-me à sua disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Cordialmente

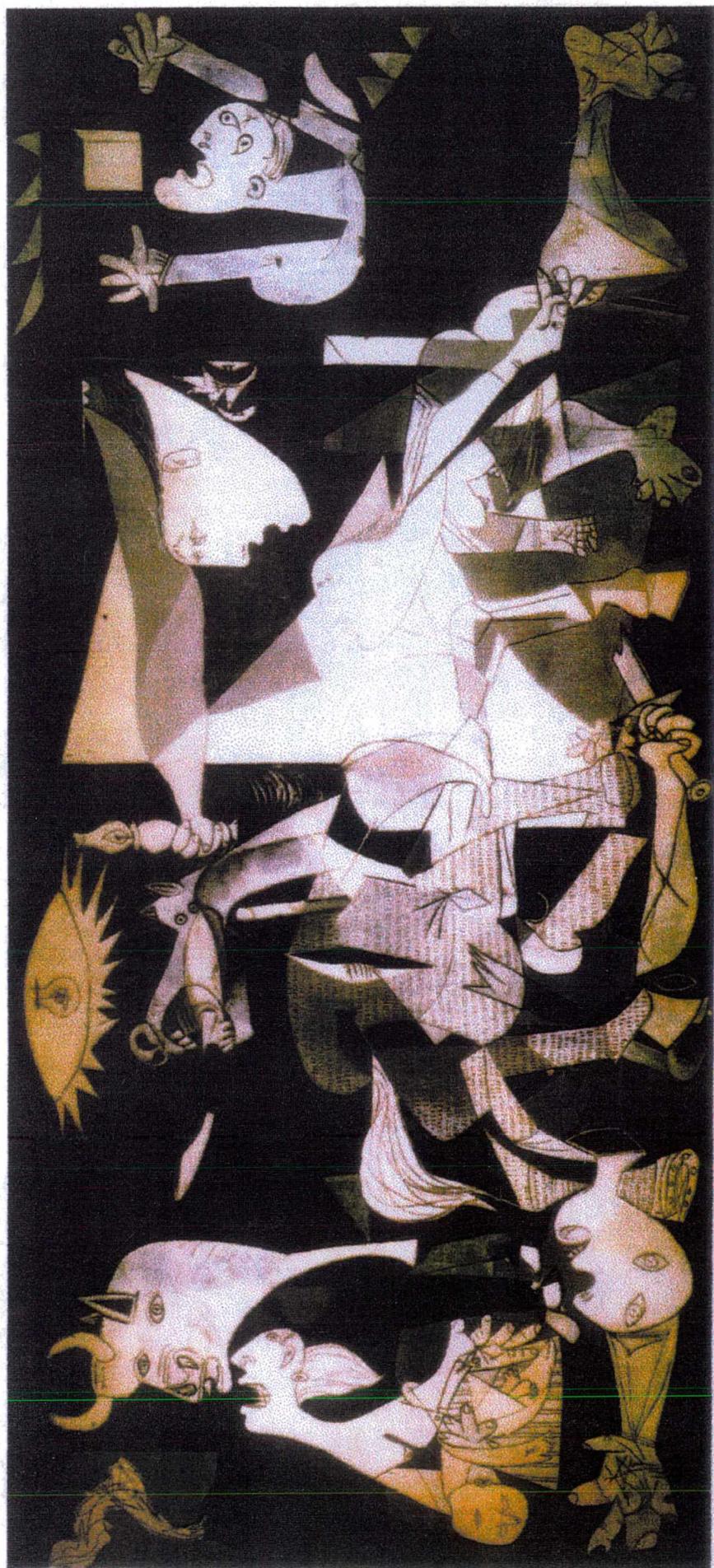
Dr^{da}. Enf^a. Carmem Lúcia Colomé Beck

ANEXO 6 - Autorização para utilização das informações obtidas nas entrevistas (incluída na transcrição das fitas)**Autorização**

Declaro que as informações contidas neste documento (transcrição de fita proveniente de entrevista) são fidedignas e autorizo o seu uso para a pesquisa da tese de doutorado da Dr^{da} Carmem Lúcia Colomé Beck, desde que assegurado seu anonimato.

Assinatura do trabalhador

Data



Guernica

*Gritos das crianças,
gritos das mulheres,
gritos dos pássaros,
gritos das flores,
gritos das camas,
gritos das árvores e pedras,
gritos dos tijolos, dos móveis,
dos carros, das cadeiras, dos
cortinados, das panelas, dos
gatos e do papel,
gritos dos cheiros, que se
propagam um após o outro,
gritos do fumo, que pica nos
ombros,
gritos que cozem na grande
caldeira, e da chuva de
pássaros que inundam o ar.*

Pablo Picasso
(1937, Museu do Prado,
Madrid - Espanha)