

JOSIANE DE JESUS MARTINS

**O COTIDIANO DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM EM UTI:
PRAZER OU SOFRIMENTO?**

**Florianópolis
Agosto de 2000**

CONSULTA LOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O COTIDIANO DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM
EM UTI: PRAZER OU SOFRIMENTO?

JOSIANE DE JESUS MARTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.


ORIENTADORA: Dra. ELIANA MARÍLIA. FARIA

Florianópolis
Agosto de 2000


O COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UTI: PRAZER OU SOFRIMENTO?

JOSIANE DE JESUS MARTINS

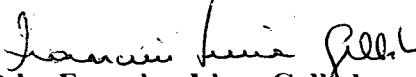
Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**. E aprovada em sua versão final em agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa


Dra. Eliana Marília Faria
Presidente


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro


DR^a Beatriz Beduschi Capella
Membro


Dda. Francine Lima Gelbocke
Membro Extra em Formação

**Dedico este trabalho à todos os
trabalhadores de enfermagem que
desempenham suas funções nas UTIs.**

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, pelo trabalho.

Ao meu pai Braz (*in memoriam*) e minha mãe Zilda que sempre se esforçaram em propiciar minha educação. Em especial a minha mãe que, nos últimos tempos, se tornou a avó-mãe dos meus filhos.

Aos meus filhos Erick e Roberta por proporcionarem tanto prazer à minha vida e, principalmente, por se esforçarem em compreender tantas ausências.

Ao Augustinho, meu companheiro, meu amigo, meu eterno namorado. Obrigado pela paciência e presença constantes, por tornar os meus, os seus momentos e jamais ter me deixado só nesta caminhada.

Aos meus irmãos Sergio, Marcos, Marcelo e Júnior.

Aos queridos amigos Secco, Lori, Fernando, Síntia, Dulce, Bel, Ricardo, Carlão, Rogério, João e Ângela. Por mostrarem que a amizade é grande fonte de prazer na vida.

Às colegas da turma de mestrado 98. Pelas alegrias e tristezas divididas, pelo compartilhar de saberes, pelo respeito e amizade.

À querida e eterna amiga Mônica, colega de turma e de trabalho. Obrigada Mônica pelo estímulo, amizade, respeito, sinceridade e simplesmente por seu olhar sincero e humano.

Às amigas enfermeiras e colegas de trabalho Elisete, Keka e Viviana. Por se mostrarem sempre disponíveis para as trocas de plantão, por acreditarem em mim. Se não fosse a amizade e ajuda de vocês seria muito difícil chegar até aqui. Meu eterno reconhecimento e agradecimento, em especial à Elisete.

A todos os trabalhadores da UTI, do Hospital Universitário. Pela disponibilidade e interesse em participar deste estudo, em especial, Regina, Zurita, Sandra, Eloísa, Chico, Chica, Eliane, Elvira, Salete, Nilcei, Fátima e Cleiva. Obrigada!

À minha orientadora Dra. Eliana Faria. Por ter acreditado em mim, pelos ensinamentos, por sua inteligência e apoio. Você me fez crescer, me fez acreditar que muita coisa é possível. Obrigada grande mestre e amiga!

À grande mestre e enfermeira Eliane Nascimento, pelos estímulos, pela disponibilidade de sempre me ouvir, por ser a grande profissional que é.

À mestre e amiga Sayonara, pelos constantes incentivos, por ter me estimulado a dar o passo inicial em meu aperfeiçoamento profissional e pela arte final deste trabalho.

À professora Denise Pires por ter participado desta banca examinadora e pela sua grande contribuição à enfermagem brasileira.

À professora Beatriz Capella por ter participado desta banca examinadora. Pela sua valorização aos trabalhadores de nível médio, enquanto diretora de enfermagem do HU, e, principalmente, por mostrar que há um novo modo de realizar o trabalho da enfermagem.

À professora Francine Gelbecke por participar desta banca examinadora e pelos ensinamentos que me propiciou no início de minha vida profissional.

À professora Edilza Ribeiro, exemplo de profissional competente. Através do trabalho de 8ª fase, despertou em mim a importância da qualificação profissional.

Aos colegas Gina, Raquel e Fernando que, apesar de todas os obstáculos no cotidiano de trabalho na UTI, primam a humanização da assistência e sempre me apoiaram.

À Luzia pela formatação final deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os fatores geradores de prazer e sofrimento no cotidiano do trabalho da enfermagem. Foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de ensino pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa da área humano-social do tipo exploratório, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Para a construção do suporte teórico busquei contribuições de autores que tratam do tema referente à psicopatologia do trabalho e o processo de trabalho em saúde. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semi-estruturado supervisionado com 24 trabalhadores de enfermagem da UTI, seguido da apresentação dos dados para validação e a formação de um grupo focal. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados foram apresentados através de dados sócio-demográficos e categorias centrais como: as manifestações do prazer no processo de trabalho da enfermagem em que se sobressai a recuperação do sujeito hospitalizado, a realização das técnicas (cuidados) de enfermagem, o reconhecimento pelo trabalho realizado e a harmonia no ambiente de trabalho. As manifestações do sofrimento e desprazer no trabalho emergem das seguintes categorias: relacionamento interpessoal conflituoso, morte e a dor física do sujeito hospitalizado, sofrimento dos familiares, falta ou escassez de materiais e a mecanização de trabalho. Outra categoria analisada refere-se ao uso de tecnologias e o impacto destas na organização do trabalho. Apresento também, dados referentes às oficinas realizadas para discutir questões pertinentes ao relacionamento interpessoal conflituoso, apontado pelos trabalhadores como o fator de maior significado na gênese de sofrimento no trabalho. Finalizando a análise dos dados, aponto as sugestões fornecidas pelos trabalhadores em obter a realização de um trabalho prazeroso e as percepções dos mesmos em relação ao seu trabalho. O conhecimento dos fatores que propiciam prazer, desprazer e sofrimento no trabalho, abre novas possibilidades de mudanças para o trabalho da enfermagem, contribuindo assim, para a realização de um processo participativo, inovador, impregnado de ética e mais humanizado.

ABSTRACT

This study aimed to identify generating factors of pleasure and suffering in the daily of nursing work. it was accomplished in an Intensive Therapy Unit (ICU) in a school – hospital from Santa Catarina Federal University It is a exploratory, descriptive and analytic research with qualitative approach, from the human-social area. for the construction of the theoretical suport i looked for contributions of authors that deal with psycopatology of the work and the work process in health. the data were collected trough the application of a supervised semi – structured questionnaire, with 24 itu’s nursing workers, fallowed by the presentation of the data for validation and the development of a focal group with 14 workers. for data analysis it was used “content analysis method”. the results were presented trough socio – demographic data and central categories such as: the pleasure manifestation in the nursing work process where hospitalized individual’s recovery was focused; the accomplishment of nursing techniques (care); the recognition for the accomplished work and the harmony in the work’s environment. the manifestations of the suffering and unpleasure in the work emerge of the fallowing categories: conflicting interpersonal relationship, death and the hospitalized individual’s physical pain, the relatives’ suffering, lacks or shortage of material resources and the work mechanization. another analysed category was related to the use of tecnologien and their impact in the work’s organization. i also present, referring the conflicting interpersonal relationship, pointed by the workers as the factor meaning in the wor’s suffering genesis. at the end of data analysis i pointed suggestions, supplied by those workers, in order to favour the accomplishment of a pleasant work and the perceptions of the same ones in relation to their work. the knowledge of the factores that propitiate pleasure, unpleasure and suffering in the work opens new possibilities of changes for the nursing work, contributing, in this way, to the accomplismente of a participative, innovative, ethical impregnated and more humanized process.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – Construção do Objeto de Conhecimento	20
CAPÍTULO II - Referencial Teórico	34
CAPÍTULO III - Metodologia	54
3.1 Caracterização do cenário do estudo: a Instituição.....	55
3.2 Os participantes do estudo (atores sociais)	60
3.3 Coleta de dados	61
3.3.1 Questionário supervisionado	61
3.3.2 Discussão em grupo	61
3.3.3 Grupo focal.....	62
3.3.4 Observação Participante	63
3.3.5 Análise dos dados	63
CAPÍTULO IV – Resultados e Análise	65
PARTE 1 – Caracterização dos participantes	65
PARTE 2 - Em que situações o prazer se manifesta e se torna aparente	72
4.2.1 A recuperação do indivíduo hospitalizado	74
4.2.2 Realização de técnicas de enfermagem (cuidados) para o sujeito hospitalizado	76
4.2.3 O reconhecimento do trabalho realizado	77
4.2.4 Harmonia no ambiente de trabalho	79
PARTE 3 - Em que situações o sofrimento se manifesta e se torna aparente	82
4.3.1 Relacionamento interpessoal conflituoso	86
4.3.2 A morte e a dor física do sujeito hospitalizado	89
4.3.3 O sofrimento dos familiares	94
4.3.4 Falta ou escassez de materiais	99
4.3.5 Ver o trabalho se tornar mecanizado	101
PARTE 4 - A tecnologia e a organização do trabalho	104

PARTE 5 –Relacionamento interpessoal conflituoso: em busca da interação	108
PARTE 6 - Em busca da realização de um trabalho completo	113
CAPÍTULO V – O Mundo do Trabalho: entre o Prazer e o Sofrimento – Questões que Merecem Atenção dos Trabalhadores e da Gerência em Saúde	116
5.1 Quando o sofrimento é proveniente do relacionamento da equipe	118
5.2 Quando o sofrimento emerge diante da morte e da dor	119
5.3 Quando o sofrimento emerge do sofrimento alheio	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	131
Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	132
Anexo 2 – Instrumento para coleta de dados	133

LISTA DE FIGURAS

DIAGRAMA 1: Manifestações do prazer no trabalho, segundo os sujeitos do estudo. Florianópolis, março, 2000.....	74
DIAGRAMA 2: Manifestações do sofrimento no trabalho , segundo os sujeitos do estudo. Florianópolis, março, 2000	85
GRÁFICO1: Número total de sujeitos hospitalizados na UTI, segundo a condição de saída. Florianópolis, 2000	59
GRÁFICO 2: Sexo e estado civil dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000	66
GRÁFICO3: Idade dos sujeitos, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000	67
GRÁFICO 4: Tempo de trabalho na enfermagem e tempo de formado, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000	68
GRÁFICO 5: Tempo de trabalho no HU e na UTI, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000	69
GRÁFICO 6: Duplo vínculo empregatício dos trabalhadores de enfermagem da UTI, segundo o turno de trabalho. Florianópolis, março, 000	70
GRÁFICO 7: Salário dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000	70
GRÁFICO 8: Participantes do terceiro momento da coleta de dados, segundo a categoria profissional e o turno de trabalho. Florianópolis, março, 2000	72

INTRODUÇÃO

A trajetória percorrida na realização desta dissertação de mestrado, corresponde às experiências e vivências profissionais e acadêmicas adquiridas no decorrer de minha vida. Estas questões, por si mesmas, já justificam a necessidade de ter realizado este estudo, principalmente porque o propósito principal foi o de possibilitar conhecer o cotidiano do meu trabalho.

Quando retornei à universidade para qualificar-me adentrei no tema **trabalho**, e desde então, tenho feito algumas reflexões que podem ser sintetizadas nos seguintes questionamentos: Como o trabalho da enfermagem está sendo realizado? De que maneira se está trabalhando? Qual a importância do trabalho em nossa vida? Sofremos ou sentimos prazer ao realizarmos nosso trabalho? Existem fatores que interferem no nosso processo de trabalho? Estas e tantas outras indagações têm permeado minha prática profissional, no intuito de encontrar respostas.

Este trabalho tenta responder uma de minhas indagações pois, como em todo processo de pesquisa, há que se delimitar o objeto de conhecimento. Neste estudo, então, a intenção foi a de identificar a presença de fatores no processo de trabalho da enfermagem que geram prazer e/ou sofrimento nos trabalhadores.

Atualmente, trabalho como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizado na cidade de Florianópolis. No meu trabalho diário tenho percebido conflitos e angústias vividos pela equipe de enfermagem deste setor, como também pelos indivíduos ali hospitalizados e seus familiares.

Quando realizei o curso de especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, em 1998, busquei compreender como os trabalhadores de enfermagem da UTI percebiam seu trabalho e que significados davam a ele. No ano de 1999, já freqüentando o mestrado, desenvolvi uma atividade correspondente à disciplina “Prática

Assistencial”, do referido curso, na qual propus uma nova (re)organização do trabalho da enfermagem, utilizando um novo modelo referencial para a nossa prática. Este modelo foi o da “Abordagem Sócio-Humanista para um ‘Modo de Fazer’ o trabalho da Enfermagem” (Capella, 1996).

Com a realização destas atividades acadêmicas, percebi, por um lado, a fragilidade, as dificuldades, os medos e angústias da equipe de enfermagem, e, por outro lado, as facilidades que estes trabalhadores encontram em seu processo de trabalho e o interesse manifestado pelos mesmos, especialmente os que participaram da atividade de prática assistencial referida, em encontrar "formas" de trabalhar e viver com qualidade.

O trabalho é realizado de diversas formas, quase sempre produto do processo histórico, influenciado pela cultura e crenças de seus trabalhadores. Entendo, tanto quanto Kantorski (1997:7), que "o momento do trabalho é veiculador da cultura, transmitida de geração para geração e que este expressa o desenvolvimento do saber humano sobre a realidade que se modifica ao longo do espaço e do tempo. Desta forma é que o homem se pereniza no tempo colocando sua identidade no produto do trabalho, situando-se no espaço da produção e constituindo-se, assim, sujeito coletivo do seu próprio projeto existencial".

Neste sentido, acredito que a realização do trabalho deve ocorrer de forma integral, participativa, não visando apenas normatizar e ordenar nossas ações. O enfoque do trabalho deve, além de atender as necessidades assistenciais dos sujeitos hospitalizados, deve, também, atender às necessidades dos sujeitos trabalhadores, estimulando-os e tornando-os participantes de todo o processo, não como simples executores de atividades muitas vezes não pensadas ou planejadas por eles.

A relação do homem com a natureza e com outros homens modificou-se ao longo do tempo, adotando formas cada vez mais profundas e sofisticadas, visando sempre à adaptação deste homem com o processo evolutivo da humanidade. Segundo Marx e Engels (1989:138), "os indivíduos humanos são tais como manifestam sua vida. O que são coincide com sua produção, tanto com o que produzem, tanto como o modo como produzem. Este modo de produção não deve ser considerado como mera reprodução da existência física dos indivíduos. A natureza dos indivíduos depende, assim, das condições materiais determinantes de sua produção".

Esta produção também está vinculada à evolução histórica do processo de trabalho, do artesanal ao informatizado, muitas vezes questionando o próprio sentido do trabalho humano. O sentido do trabalho foi modificando-se no decorrer do processo evolutivo da humanidade, especialmente no modo de produção capitalista, provocando nos homens muitas insatisfações e descontentamentos, afastando-os assim da própria natureza do trabalho.

Este "descontentamento" pode ser transformado em algo prazeroso, harmonioso. Uma mãe, que prepara um bolo adicionando junto aos ingredientes uma porção de sua história, fica feliz ao ver seu filho saboreando o produto do seu trabalho com entusiasmo e prazer. E, por que o trabalhador da enfermagem não pode, sempre, sentir o mesmo prazer ao findar uma atividade, desde que fazendo a mesma relação? Será que este prazer é apenas restrito a alguns? Obviamente que as condições e as determinações político estruturais sobre a forma como o trabalho é realizado, podem produzir, também, características inadequadas para a sua realização.

Nosso trabalho tem como característica a "produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade" (Pires, 1999:29). Deste modo, esta atividade é visualizada, muitas vezes, como incompleta, desprovida de sentido e objetivos. O fato de não gerar um produto final "concreto", pode corroborar para que os trabalhadores não se apercebam da importância do seu trabalho e, ao mesmo tempo, ter a sensação de um trabalho não realizado.

Em nossa sociedade, o trabalho na área da saúde está estruturado de maneira fragmentada, burocratizada e mecânica, imbuído de normas e rotinas, com suas exigências, às vezes ultrapassadas ou exageradas, que muitas vezes impedem que o trabalhador o realize com prazer. O trabalho na atual conjuntura, num processo de reestruturação produtiva, tem levado o trabalhador, em geral, a um processo de desgaste psíquico, ocasionando sofrimento, especialmente se as condições existentes para a sua realização não forem éticas, dignas e humanas.

Na saúde, o trabalho realizado admite, pelas circunstâncias que o envolve, agregar carências e necessidades nem sempre satisfeitas pela instituição na qual se trabalha, daí a geração de insatisfações, acrescidas pelo ambiente e o tipo de trabalho que se realiza.

Somos seres humanos em processo contínuo de evolução, trabalhamos em ambiente de sofrimento (Lisboa, 1998) e merecemos cuidados. Carregamos angústias, sentimentos diversos em relação aos sujeitos hospitalizados e seus familiares, aos colegas de trabalho, à instituição, à sua organização, normas, rotinas e política, e, muitas vezes, esquecemos nossos sonhos e desejos e adormecemos nossa consciência para não pensar no que acontece a nossa volta, assumindo uma postura alienada.

Acredito que está na hora do trabalhador da enfermagem começar a despertar conscientemente para a vida, para o trabalho. Conforme analisa Ramos (1996), o trabalhador esquece de si e de seus potenciais, esquece do que é capaz e de seus desejos. O sonho pode ser concretizado quando se crê na possibilidade de mudanças e começa-se a utilizar nossas potencialidades, mobilizando energias para atingi-lo.

A UTI, local deste estudo, possui algumas características que a diferenciam de outras unidades de internação, tais como: grande rotatividade de indivíduos; a gravidade dos sujeitos hospitalizados e o sofrimento dos familiares, sendo que a grande maioria das situações que levam à hospitalização é súbita ou aguda; a convivência constante dos trabalhadores com a vida e a morte; o grande arsenal tecnológico agravado na maioria dos hospitais brasileiros por equipamentos em precárias condições de uso como, também, a escassez e/ou ausência de equipamentos indispensáveis para a recuperação da vida, entre outros. Acresce-se a isso, que o uso de tecnologias avançadas no atendimento dos sujeitos hospitalizados não substituirá, de forma alguma, o trabalho humano, o contato e a competência técnica necessários aos trabalhadores deste cenário.

Os trabalhadores, geralmente, para se protegerem destas situações descritas, trocam o “pensar” pelo “fazer”, tentando assim esquecer de suas angústias e de seus medos. Assim, atribuem maior importância à técnica em si, do que à atenção pensada estrategicamente, numa relação dialógica, que necessariamente deve passar pela confluência do que se chama “trabalho manual” e “trabalho intelectual”.

"A realização das tarefas fica reduzida a uma atividade muito mais mecânica do que criativa, por haver se tornado desprovido de intencionalidade do trabalhador, recalcando as emoções, os impulsos e a imaginação, mantendo-se no mundo simbólico apenas quando sublimada pela gratificação íntima do sentimento de ajuda, veiculado por sua realização (...) o trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligência (...) o trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se repetitivo e maquinal" (Lunardi Filho, 1998: 50-51).

O homem, aqui concebido como um ser histórico, não pode ser fragmentado, precisa estar inteiro em qualquer situação. Parece-me, no entanto, que isto é uma situação difícil, frente à situação vivida em nossa sociedade capitalista que restringe o saber e o poder dos trabalhadores, tornando-os seres "coisificados" por executarem tarefas repetitivas.

O trabalho pode e deve ser algo digno e bom, desde que as condições e relações de trabalho sejam éticas, ou seja, que o trabalhador seja valorizado por sua parcela de contribuição social, seja ela intelectual ou manual, complexa ou simples.

Percebo que o processo de trabalho da enfermagem está muito direcionado para o atendimento ao sujeito hospitalizado, o que considero importante. No entanto, o trabalhador de enfermagem, na grande maioria das vezes, é esquecido. Preocupamo-nos muito com as reformulações técnicas, normas e rotinas e parece que a enfermagem está cuidando do "corpo hospitalizado" (Gonzaga, 1992:13), esquecendo-se do corpo individual do trabalhador. Este sujeito, então, torna-se alienado¹, vítima de um sistema que o obriga a seguir regras/normas, impedindo o seu crescimento como cidadão. A execução do trabalho tomou-se uma obrigação, o prazer foi esquecido, "mortificado". A própria divisão do trabalho aliena o homem do processo de trabalho e da sua organização, transformando-o em máquina produtiva. Acato a reflexão de Marx (1989) quando diz que o trabalho alienado, aliena a natureza do homem e aliena o homem de si mesmo. O trabalho deve estar voltado

¹ "Alienação para Marx significa que o homem que não se vivencia como agente ativo de seu controle sobre o mundo (a natureza, os outros e ele mesmo), permanece alheio ou estranho a ele. Alienar-se é vivenciar o mundo e a si mesmo passivamente, receptivamente, como o sujeito separado do objeto"(Fromm, 1979: 50).

para a satisfação das necessidades naturais e íntimas do homem, permitindo seu pleno desenvolvimento.

Muitas vezes, o trabalhador não participa de todo o processo de trabalho, não conhece a realidade deste, ou ainda, seu cansaço físico e mental e suas insatisfações pessoais são tantas que o impedem de vislumbrar o trabalho como parte de sua intimidade. Na sociedade capitalista, as relações pessoais foram prejudicadas, acentuando-se as relações pessoa/objeto. Deste modo, o processo de trabalho, a meu ver, impede a construção da subjetividade do trabalhador, tornando-o mais uma vez alienado.

A enfermagem, como prática social, não deve estar vinculada apenas ao "ser hospitalizado" que necessita de nossos cuidados. Deve preocupar-se também com os seus trabalhadores, com a sua valorização, com as condições existentes para a realização do trabalho, com o resgate da cidadania destes atores sociais. O trabalho da enfermagem tem se caracterizado por jornadas exaustivas, sem diferenciação com relação a dias úteis e feriados e, muitas vezes, não há a garantia de turnos fixos, o que impede também a programação de uma vida social e de lazer. Outro fator que deve ser lembrado aqui é que a maioria destes trabalhadores também tem mais de um emprego, ou seja, a dupla ou tripla jornada de trabalho.

Conhecendo melhor estes trabalhadores, suas necessidades e seu modo de pensar sobre o trabalho, quem sabe seja possível obter melhores resultados no mesmo. Não podemos deixar que a visão capitalista do trabalho (salários x maior produção) interfira na cotidianidade do processo de trabalho, tornando-os executores de atividades repetitivas. Neste sentido, penso que um dos elementos a ser pensado na caminhada de um futuro melhor esteja relacionado à necessidade de se investir no trabalhador no sentido de "superar-se" a si enquanto sujeito numa relação dialógica e ética. Como coloca Capella (1996:47),

“o valor real do trabalho está diretamente vinculado à necessidade que se tem do mesmo. No caso da enfermagem, do mesmo modo que a medicina e de outras profissões da saúde é inegável que ele é necessário, imprescindível, muitas vezes. No entanto essa mesma sociedade desvincula este trabalho do valor ligado a vida, manutenção e reparação dela, de modo que a compensação financeira não tem sido proporcional a

esse valor. Daí os salários serem baixos e as jornadas de trabalho intensas, características perversas do sistema capitalista em que vivemos”.

Contudo, algumas vezes, podemos encontrar uma divergência de valores entre os trabalhadores no que tange ao valor real do trabalho em suas vidas (Martins, 1998). O trabalho deve favorecer ao homem um relacionamento ativo com a natureza, permitir ao trabalhador a criação de seu mundo e a sua inclusão no mundo.

Acredito que discutir estas questões e muitas outras relacionadas ao processo de trabalho, especificamente da enfermagem, tanto hoje como num momento posterior, requer o empenho de todos, principalmente se traçamos como meta a realização de um trabalho prazeroso, em que as situações que geram o sofrimento possam ser minimizadas ou eliminadas do trabalho. Uma das maneiras para que isto possa acontecer é revitalizar o trabalho, reagir às práticas deformadoras do real, reagir para não sofrer coação, recuperar a consciência das coisas e do real, propor melhorias das condições e relações de trabalho e a sua valorização.

Frente a esta situação, é que senti a necessidade de realizar este estudo em meu local de trabalho, pois através de minhas atividades práticas, de meus conhecimentos e da contribuição dos conhecimentos de inúmeros autores, poderia articular de forma mais completa uma aproximação da realidade.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE CONHECIMENTO

A enfermagem profissional teve início no século XIX com Florence Nightingale. Nesta época, a autora descreveu a necessidade do uso de áreas especiais separadas nos hospitais, perto das salas de operação, para recuperação dos pacientes dos efeitos imediatos das cirurgias, devido à escassez de pessoal. Classificava, também, os "doentes" de acordo com o grau de dependência, fazendo com que os mais graves ficassem próximos aos locais de trabalho das enfermeiras, facilitando a vigilância contínua e melhores cuidados.

Com a evolução da ciência e os avanços cirúrgicos, observou-se a necessidade de propiciar melhores cuidados aos pacientes cirúrgicos no pós-operatório imediato. A princípio, estes cuidados eram prestados em salas próximas às salas cirúrgicas, sendo o cirurgião ou o anestesista responsável por estes "doentes". Com o passar do tempo, a enfermagem começou a adquirir a responsabilidade de realizar estes cuidados. Fairman (1992:56), coloca que

"as enfermeiras tradicionalmente protegiam seus pacientes criticamente doentes de dois modos: pela observação intensiva ou vigilância atenta, e pela triagem dos pacientes, a escolha, o agrupamento e o arranjo espacial dos pacientes de acordo com sua estabilidade fisiológica. Estas práticas requeriam mais das enfermeiras do que apenas o uso do senso comum. As enfermeiras aplicavam seus conhecimentos, e suas habilidades intuitivas para implementar a triagem e manter a intensa observação dos pacientes."

Na década de 50, o surgimento de modernas técnicas de ventilação mecânica prolongada, o uso de ventilador mecânico, marcou a criação das Unidades de Terapia Intensiva nos Estados Unidos, principalmente devido à epidemia de poliomielite. Nesta

época, a enfermagem começa, então, a lidar com novas tecnologias, adaptando-as ao seu trabalho/cuidado (Barbosa, 1995). No entanto, a preocupação maior era com o aprendizado destes profissionais para manusearem as "máquinas". O indivíduo hospitalizado na UTI era, e ainda é em muitos locais, visualizado como "homem máquina", ou seja, a atenção estava voltada para os aparatos tecnológicos¹ e procedimentos invasivos². A intimidade e a privacidade deste sujeito, geralmente, é esquecida e o relacionamento deste ser com seus familiares e amigos é restrito a alguns minutos de visita diária.

No Brasil, as UTIs surgiram na década de 70, se difundindo rapidamente (Bub, 1992), sendo hoje quase impossível encontrar a ausência destas unidades nos hospitais de médio e grande porte, principalmente nas principais cidades de nosso país. Esta expansão gerou a necessidade de trabalhadores qualificados e especializados, tendo em vista os aparatos tecnológicos utilizados nesta área.

Na literatura atual, podemos encontrar várias definições de UTI³. Gomes (1988:4) define UTI como sendo o local para prestar "o cuidado a pacientes que são recuperáveis, mas necessitam de uma supervisão contínua e são possíveis de serem submetidos a técnicas especializadas, desenvolvidas por pessoal treinado". Para Gomes (1988), a finalidade destas unidades é reduzir a mortalidade pela provisão de cuidados e observação individualizada, contínua e integral, de acordo com as necessidades dos clientes. Observa-se a preocupação desta autora com o atendimento integralizado a este ser.

O Ministério da Saúde (1998: 9) define UTI como um local que "constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de

¹ São os equipamentos utilizados para a monitorização do estado geral do sujeito hospitalizado, como também, para auxiliar no tratamento. Sendo estes: ventilador, monitor cardíaco, bombas de infusão, marcapasso provisório, entre outros.

² Entende-se aqui por procedimento invasivo o uso de sondas (vesicais, gástricas, jejunais), punção venosa profunda, drenos torácicos, traqueostomia, tubo orotraqueal, catéter de Swan-Ganz, entre outros.

³ Apesar da instituição adotar o termo CTI (Centro de Terapia Intensiva), adotarei neste trabalho o termo UTI, pois segundo o Ministério da Saúde (1998: 9), CTI significa o "agrupamento, numa mesma área física, de duas ou mais UTIs, incluindo-se quando existente, as unidades de terapia semi-intensivas", sendo que no Hospital Universitário existe apenas uma UTI geral para adultos.

pacientes graves⁴ ou de risco⁵ que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados".

Pires (1999:46), falando a respeito coloca que nestas unidades "são atendidas pessoas em situações de risco de vida que precisam de uma assistência de profissionais capazes de avaliar continuamente a sua evolução e de adaptar-se as mudanças de atitudes necessárias, o que não é possível ser alcançado com a divisão parcelar do trabalho".

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTIs e a grande quantidade de procedimentos a que são submetidos os sujeitos que ali se encontram, o ambiente da UTI é descrito por Koizumi *et al* (1979:136) como "um dos mais agressivos e traumatizantes". Estas questões têm favorecido a desumanização do atendimento em saúde, tanto pela ótica dos usuários como pelos prestadores dos serviços em saúde. A desumanização pode emergir entre os próprios membros da equipe, quando estes não são preparados para prestarem os cuidados ao sujeito hospitalizado, como também aos familiares, de forma integral. Além do mais, o estresse que envolve a equipe, a presença constante da morte, como a "ronda" diária neste setor e a grande valorização atribuída aos aparatos tecnológicos, podem propiciar a desumanização da assistência. Esta descrição reafirma as colocações feitas por Marsden (1992:413), quando coloca que "as pessoas são desumanizadas quando se tornam isoladas em um ambiente estéril; quando são tratadas como coisas ou objetos sem sentimentos; quando são tratados como pessoas sem opção".

Estas questões precisam ser repensadas no sentido de buscar mecanismos que possam modificá-las, mas conjuntamente a elas deve ser repensado o trabalho em saúde. Sair de um estado de trabalho fragmentado para um outro em que os atores envolvidos, todos da equipe de saúde, possam ser sujeitos num repensar dialógico. Diante disto, pode-se perceber a necessidade urgente de modificarmos esta situação. Acredito que devemos iniciar este processo de mudança, a princípio, com os trabalhadores de enfermagem, pois seria quase impossível querer um ambiente humanizado se os

⁴ Por paciente grave entende-se o "paciente que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, ameaçadoras da vida" (M.S., 1998:18)

trabalhadores, também, não fossem vistos como "gente", como sujeitos portadores de valores, crenças, cultura, com auto-estima, com desejos, emoções, sentimentos.

O trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares, como também com os demais trabalhadores deste local e instituição. É necessário que estejamos atentos "ao fato de que a humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá" (Barbosa, 1999:14).

Felisbino (1990:28), traça alguns objetivos que merecem ser cumpridos no atendimento de enfermagem e de medicina na UTI, os quais citarei por concordar: "prestar ao cliente, uma assistência sistematicamente planejada, integral e individualizada; promover, manter, recuperar e reabilitar a saúde; e buscar os familiares como participantes diretos ou indiretos do planejamento e da assistência ao cliente". E, acredito, tanto quanto Kantorski (1997:13), que "por mais que as transformações tenham desumanizado o trabalho em saúde, ele ainda tem como objetivo o ser humano, feito de corpo, ossos, músculos, desejos, sentimentos, afetos, subjetividades". Por isso, acredito na nossa responsabilidade em resgatar e/ou transformar esta realidade.

Assim, quando realizei o projeto da disciplina de "Prática Assistencial", já referido, parti do pressuposto de que a organização do trabalho da enfermagem, era um dos fatores que interferia na relação prazer/sofrimento destes trabalhadores durante a execução do seu trabalho (Lisboa, 1998; Martins, 1998). Propus, então, uma nova (re) organização para o trabalho da enfermagem na UTI. Para responder a esta inquietação experimentei uma nova metodologia assistencial para o trabalho da enfermagem em UTI. Neste estudo foram evidenciados alguns aspectos que me levaram a querer aprofundar o tema em questão, como se pode abstrair das falas a seguir:

"A fragilidade do outro também expõe a nossa fragilidade⁶, e eu acho que muitas vezes as pessoas não conseguem fazer este raciocínio mais claramente. A tendência delas é fugir daquele problema, é não conversar

⁵ Paciente de risco é aquele "que possui alguma condição potencialmente determinante de sua instabilidade" (M.S., 1998:18).

⁶ Os grifos nas falas são meus, com o objetivo de destacar alguns aspectos evidenciados no estudo.

sobre a situação. Não é que elas não queiram, é que elas ainda têm dificuldades também, como de conversar sobre a morte, sobre a doença" (Mikael).⁷

"Na hora que vem a visita, a gente foge porque tem dificuldade. Tem dificuldade em tocar em determinados assuntos, porque realmente é difícil, não é fácil" (Haniel).

"Acho legal a gente buscar formas de mudar nosso trabalho, está tudo muito mecânico, as pessoas tem dificuldade de se relacionarem" (Sitael).

Um outro aspecto que é relevante ressaltar, da atividade de prática assistencial, diz respeito a algumas atitudes ao sujeito hospitalizado, principalmente relacionadas a sua individualidade e participação no processo de hospitalização, como percebidas nas seguintes falas:

"Tem pessoas que sentem vergonha de tomar banho com a gente, porque a gente é estranha. E, às vezes, até pedem 'será que não dá para minha filha vim dar o banho ou minha nora no horário da visita?'. Eu nunca vi alguém fazer isso, dar banho à não ser nós, e de repente pode melhorar para ele" (Haniel).

"Para eles é uma coisa importante [referindo-se à alimentação do sujeito hospitalizado], para nós pode não ser. Vem aquela comida e a gente acha que tem que ser aquilo porque a nutricionista mandou, e a comida pode não ser o que eles querem" (Sitael).

Percebe-se nos depoimentos que os trabalhadores tem consciência de seus atos, muitas vezes realizados tão mecanicamente. Porém, mostram-se interessados em mudar esta situação, oferecendo sugestões simples que podem ser feitas sem interferir negativamente em seus trabalhos.

Atualmente, um dos grandes pontos de discussão em Terapia Intensiva, é a chamada "Humanização da Assistência", ou seja, transformar este ambiente marcado historicamente como um ambiente frio, hostil, melancólico, repleto de máquinas e aparelhos em um ambiente harmonioso. São variadas as soluções apontadas sobre esta temática nos congressos, simpósios, jornadas e conferências nesta área. As soluções dadas por estes trabalhadores são simples e fáceis de serem realizadas e, acima de tudo, resgatam valores humanos esquecidos na trajetória do trabalho da enfermagem em UTI. Deste modo, "falar em humanização dos serviços, não enquanto um modismo, mas como um direito do

⁷ Os nomes utilizados são fictícios para preservar o anonimato dos entrevistados.

paciente, torna-se um desafio, uma busca de novos valores, principalmente em CTI" (Corrêa, 1998:300).

Quando se procura respeitar a individualidade do sujeito hospitalizado, respeitar suas crenças e valores, quando se cuida deste ser de modo único, estamos exercendo a ética, estamos propiciando a ambos, trabalhador e sujeito hospitalizado, o resgate da cidadania e, assim, contribuindo para a humanização do nosso ambiente de trabalho.

A equipe de saúde tem um importante papel com o indivíduo hospitalizado na UTI, tanto para garantir o equilíbrio das suas funções orgânicas e emocionais, como para auxiliar o mesmo no enfrentamento e aceitação da internação. No entanto, é esta mesma equipe que, muitas vezes, propicia o desenvolvimento do processo de despersonalização e despojamento destes seres. Creio que, através de uma relação empática, uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, há uma contribuição positiva na adaptação do indivíduo à UTI e no seu equilíbrio físico e emocional. Este processo de mudança de comportamento idealizado pela equipe de saúde, visando o cuidar mais humanizado, é lento, muito lento. No entanto, não deve-se omitir, mas buscar formas alternativas para a realização deste trabalho. Afinal,

"o repensar da assistência ao paciente crítico é inevitável, e não se pode dissociá-lo de um conglomerado de fatores: a trajetória histórica das UTIs nas últimas décadas e o seu papel dentro de um sistema de saúde hegemônico, exclusivista, centralizador e elitista; a formação de recursos humanos, visando atender às reais necessidades da população ou para atender a um sistema imposto; o treinamento e a reciclagem de pessoal, tão necessário ao aprimoramento profissional, os quais repercutirão diretamente na assistência prestada" (Pierin *et al* 1991:100).

Percebe-se a grande importância dada à formação profissional voltada para atender as reais necessidades da população dentro de um contexto específico. Mas o que encontramos atualmente nas UTIs? É dada grande importância à habilidade técnica dos profissionais? Esta habilidade é importante, mas que lugar ocupa o fator humano? Acredito que o segundo plano.

A técnica, com toda a importância atribuída a ela, provocou um desgaste relativo nas relações humanas, despersonalizando o trabalhador, tornando-o uma máquina e reduzindo-

o a uma série de atos condicionados, apesar de uma minoria buscar outra forma para a realização de seu trabalho. Deste modo, a relação com o indivíduo hospitalizado e seu familiar se tornou verticalizada, muito centrada no "saber científico", na execução de rotinas, neste caso despersonalizada para ambos (Corrêa, 1998).

Os indivíduos hospitalizados numa UTI ficam impossibilitados de expressar seus sentimentos e medos, estão impedidos de falar, "devido à presença de tubos, aparelhos de ventilação artificial, sedação, coma, dentre outros aspectos, perdendo o poder de controlar o seu próprio corpo quanto aos cuidados diários de higiene, vestimentas, alimentação, movimentação. Trata-se de sujeição total ou quase total aquele que deles cuidam" (Corrêa, 1998: 299). Essas pessoas perdem sua autonomia e o poder de realizar atividades simples. Portanto, cabe à equipe de saúde o papel de realizar as funções destes indivíduos. Por que, então, não realizá-las o mais humanamente possível? Para mudar este cenário tão desgastado, é necessário,

"dar aos trabalhadores oportunidade de expressão e de participação nas decisões é, portanto, fundamental para a melhoria dos métodos de trabalho ... mas é, acima de tudo, uma forma de reconhecimento da inteligência do trabalhador, o que acaba se refletindo em sua qualidade de vida e na produtividade da organização, com ganhos para todos. Como se sabe, é praticamente impossível obter satisfação do cliente quando dissociada da satisfação dos empregados" (Fernandes, 1996:25).

A preocupação com o trabalho e as manifestações advindas do processo em que se desenvolve é uma atenção constante, pois o mesmo, por um lado, colocado como apenas uma busca da sobrevivência pode trazer conseqüências danosas ao trabalhador, em se tratando, especialmente, de analisá-lo neste mundo de controvérsias e de intensa expropriação, um mundo em que o trabalho passa por um processo de reestruturação tanto no que se refere ao emprego quanto ao desemprego. E, por outro lado, no processo de trabalho devem ser contempladas as questões objetivas para a sua realização, mas em circunstância nenhuma, deve ser descartada a subjetividade dos trabalhadores empreendida no ato de sua realização. Razão pela qual, acredito ser pertinente apontar neste momento alguns estudos, para reforçar a preocupação quanto ao tema, compactuando com os resultados encontrados nestes.

Dentre esses estudos, trago as reflexões sobre a relação subjetiva com o trabalho de Dejours (1999), que diz que para compreender como tolerar o mundo do trabalho na atual conjuntura, o mundo dos desempregados e novos pobres na sociedade, é preciso entender e tomar consciência do sofrimento no trabalho. Dejours (1993) examina o local de trabalho também como um local de sofrimento, onde o homem, ao mesmo tempo que é beneficiário da produção, é freqüentemente vítima do sofrimento nas organizações. O autor aponta a articulação entre sofrimento singular e herança da história psíquica de cada indivíduo, relacionando-o com o sofrimento surgido do encontro entre o ser psíquico e sua situação no trabalho.

Breilh (1990), ao analisar o processo de urbanização na América Latina e a relação entre saúde e o meio geográfico, acentua que a crise dos anos 80 agravou a situação estrutural das formações periféricas, piorando o sofrimento crônico da força de trabalho urbano. Sugere que, para superar este cenário, é necessário a construção de um projeto cuja estratégia é a convergência de setores populares e democráticos com o fim de promover mudanças de âmbito global.

Há alguns estudos feitos especificamente na área de saúde. O de Dalmolin (1998), aponta que, entre os enfermeiros na experiência estudada, o trabalho é permeado de conflitos e resistências, razão pela qual precisa ser repensado. Os estudos de Siqueira, Watanabe & Ventola (1995), em que analisam o trabalho de auxiliares de enfermagem, colocam o fato de que lidar com a dor, o sofrimento e a morte há interferência na organização, gestão e condições de trabalho e que, de maneira geral, ocorre exposição dos trabalhadores a um desgaste físico e mental intenso. Evidenciaram, ainda, que tanto as organizações quanto os próprios trabalhadores tem pouca consciência sobre estes problemas, não buscando formas de regulação ou atenuação dos conflitos. Também Silva (1994), analisando o cotidiano dos trabalhadores em saúde, explicita que a organização do trabalho hospitalar, com a intensa fragmentação das tarefas e poucas oportunidades de participação, causa sofrimento aos trabalhadores em saúde. No hospital, em defesa da vida, engendram-se máscaras e artifícios e existe a tentativa de combinar solidariedade de equipe com corporativismos e identidades, quase sempre, fadados ao insucesso. Dentre as contradições que os trabalhadores experimentam, a estética como possibilidade de expansão da vida, tem aparecimentos fugazes. Rego (1992) coloca que para os auxiliares de

enfermagem as áreas críticas do hospital são as enfermarias, ao passo que para o médico a emergência está entre o local onde se encontra maior taxa de sofrimento. Seu estudo também aponta para o fato de que as diferentes inserções no processo de trabalho determinam a diversidade nos níveis de sofrimento psíquico. A pesquisa de Pitta (1990) diz que a instituição hospitalar é tratada como *locus* específico do exercício de um conjunto de práticas em saúde, onde se configura uma tecnologia do processo de trabalho que exige do trabalhador respostas individuais e coletivas ao lidar cotidianamente com a doença e a morte.

Retornando ao cenário deste estudo, como referido, as peculiaridades existentes numa UTI faz com que a mesma se diferencie, em vários aspectos, das demais unidades de internação hospitalar. Assim, caracterizo o trabalho da enfermagem neste setor. A assistência de saúde, institucionalizada,

"envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação, quando o indivíduo ou grupo social não pode fazer por si mesmo ou sem essa ajuda profissional" (Pires, 1999: 30).

O trabalho de assistência à saúde na UTI, realizado por profissionais de várias áreas, visa a **recuperação** e a **prevenção** dos riscos de vida a que estão sujeitos os indivíduos ali hospitalizados. Entre os profissionais que atuam na UTI, temos os médicos intensivistas, os residentes de terapia intensiva, de clínica médica e cirúrgica, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, técnico e auxiliar de enfermagem e assistente administrativo. Cada profissional realiza suas atividades de acordo com o preconizado na lei do exercício profissional e em seu código de ética, sendo que a decisão final em qualquer conduta cabe ao médico, característica do trabalho hegemônico deste profissional na área da saúde. O trabalho é multiprofissional e não interdisciplinar, onde cada categoria faz a sua parte. Pires (1999: 35), falando a respeito, coloca que,

"o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separada dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias ...os demais profissionais que participam da assistência, subordinando-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões".

É neste cenário, onde prevalece a hegemonia da categoria médica e está repleto de controvérsias, que encontra-se o trabalho realizado pela equipe de enfermagem. Esta equipe é coordenada por enfermeiras (os), sendo que uma enfermeira está na posição de chefia do setor e desempenha funções administrativa e assistencial, e as demais, num total de sete, prestam assistência direta ao sujeito hospitalizado e seus familiares, realizam algumas atividades administrativas e também são responsáveis pelos trabalhadores dos turnos em que atuam, nas funções de coordenação, supervisão e educação.

As (os) enfermeiras (os) conseguem manter, neste cenário controverso, certa autonomia e poder decisório, principalmente nas questões referentes à administração: flexibilidade no horário para a realização de visitas e a permanência de acompanhantes na UTI⁸, interditar ou reduzir o número de internações quando os recursos materiais e humanos são insuficientes e podem comprometer a assistência em saúde, requisitar a compra de materiais e também recusar através da avaliação técnica de materiais e equipamentos.

A metodologia assistencial adotada pela enfermagem na UTI é a "Teoria das Necessidades Humanas Básicas", da Dr^a Wanda Aguiar Horta (1979), além do sistema Weed, prontuário orientado por problemas. Parece que este método ou modelo não tem dado conta de atender toda a problemática que envolve a assistência de enfermagem neste setor. É um modelo verticalizado, ou seja, as ações são definidas pelo enfermeiro, sem a participação, na grande maioria das vezes, de toda a equipe de enfermagem, do

⁸ Mesmo que de modo tímido, a enfermagem tem favorecido a permanência de alguns acompanhantes na UTI, principalmente para adolescentes, indivíduos com quadro de morte encefálica e com tempo de permanência relativamente grande na UTI, que estão emocionalmente abalados. Acredito ser um grande avanço para a assistência de enfermagem em UTI, apesar de achar que a equipe tem dificuldades de lidar com os familiares.

sujeito hospitalizado e do sujeito familiar. As ações são impostas, apesar de todas as discussões recentes sobre o atendimento integral, humanizado e participativo.

O modelo proposto na prática assistencial já referida, enfoca uma assistência mais humanizada, transpassa os modelos tradicionais e inclui, em todo o processo, os sujeitos hospitalizado e familiar e todos os trabalhadores da equipe de enfermagem. O indivíduo hospitalizado é visto como ser que possui suas história e vivência, que atribui a estas os mais diversos significados. É também enfocada a participação de todos os membros da equipe de enfermagem no processo de cuidar e, conseqüentemente, no seu próprio cuidado. Proporciona, ainda, a todos os trabalhadores de enfermagem da UTI, a possibilidade de experimentar a integralidade das ações para si, para os demais membros da equipe de enfermagem e para os sujeitos hospitalizados e sua família.

Contrapõe-se, assim, ao modelo instituído que pode levá-los, muitas vezes, a não perceberem o sujeito ali hospitalizado, as limitações e dificuldades em todos os âmbitos do processo de trabalho, sejam elas materiais ou de relacionamento, além do afastamento quase que imperceptível dos familiares, não percebendo que o sujeito hospitalizado "se vê retirado do ambiente que lhe era mais familiar, privado de dar continuidade a aspectos vitais do seu cotidiano, sobretudo o convívio de pessoas queridas, o andar, o passear, o conversar, o trabalhar, o comer, dentre outros" (Barbosa, 1995:3). Assim, estão mais propensos a dar atenção às tecnologias que utilizam e aos procedimentos que executam e o sujeito hospitalizado passa a ser um número a mais, uma doença. Sua identidade é esquecida, "mortificada", tornando as ações meras tarefas mecanizadas no seu dia-a-dia de trabalho.

Estudos realizados recentemente (Dejours, 1994; Beck, 2000), que contemplam a questão do sofrimento no trabalho, explicitam que os trabalhadores, muitas vezes, tomam atitudes defensivas, especialmente negando o sofrimento e, desta forma, banalizando-o. A respeito da banalização Beck (2000:204) argumenta que esta é como "se o trabalhador colocasse uma venda nos olhos e não se permitisse ver o sofrimento com seu real significado. Eles sofrem um tipo de anestesia dos sentidos, mas o sofrimento continua ali".

Em contrapartida, estes trabalhadores também são tratados de maneira desumana. A instituição onde trabalham, na maioria das vezes, não favorece condições de crescimento e de colocar em prática suas potencialidades e criatividade, ou seja, a participação em todo o processo geralmente é anulada. Devem apenas cumprir regras e rotinas, garantindo deste modo a chamada "assistência de qualidade". Por outro lado, estes trabalhadores também se omitem deste processo, não exercendo sua cidadania, alienando-se cada vez mais em seu trabalho, não buscando formas de participação. Considero, que este tratamento desumano, conduz ao processo de alienação, "pois o homem não se reconhece mais no objeto que o seu trabalho produz, nem este trabalho contribui para o seu pleno desenvolvimento e a satisfação plena de suas necessidades" (Kantorski, 1997:13). O trabalho, neste sentido, torna-se um objeto estranho a este homem, dominando-o, deixando de fazer parte da natureza deste e, conseqüentemente, ocasionando o sofrimento quando poderia propiciar o prazer.

Os cuidados de enfermagem na UTI, são realizados sob a forma de "cuidados integrais" que, segundo Pires (1999:41), "rompe, em parte, com a divisão por tarefas. Os trabalhadores de enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente/cliente, prestando todos os cuidados necessários em cada turno de trabalho. Esse modelo possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente/cliente, tornando o trabalho potencialmente mais criativo".

Apesar de ser favorável a realização da assistência de enfermagem com base nos "cuidados integrais", percebo que na UTI este é muito voltado aos aspectos biológicos dos sujeitos hospitalizados e aos aparatos tecnológicos utilizados para a prestação dos cuidados em saúde, como referido. Os aspectos subjetivos destes sujeitos, suas necessidades sociais, emocionais e espirituais são pouco contemplados. O "cuidado integral" é também fragmentado, pois cabe ao enfermeiro a decisão das ações necessárias e ao médico a palavra final. O trabalho "assim concebido, passa a ser uma sucessão encadeada e rotineira de tarefas previamente determinada pela administração, separando a concepção da execução, caracterizando o trabalho em intelectual e manual" (Lunardi Filho & Leopardi, 1999:33-34).

Como em todos os serviços de saúde, a UTI necessita de alguns serviços de apoio como laboratório de análises clínicas e de patologia, radiologia, banco de sangue, lavanderia, farmácia, almoxarifado, manutenção, zeladoria, entre outros. Estes serviços estão subordinados à Diretoria Administrativa do hospital e, quando se necessita de alguns deles, é feita a chamada “solicitação”, podendo ser formalmente prescrita ou via telefone. Durante um dos encontros com os trabalhadores da UTI, no desenvolvimento do projeto da prática assistencial, os mesmos manifestaram um certo descontentamento com alguns destes serviços, em especial os de laboratório e radiologia, pela morosidade no atendimento das solicitações. Assim, há um impedimento da harmonia entre o serviço de enfermagem e da medicina com os serviços de apoio, tornando lenta a realização de procedimentos importantes e urgentes.

O processo de trabalho em uma instituição hospitalar deve ser eficiente, buscando sempre estabelecer um processo dinâmico e de interação contínua entre estes serviços, no intuito de evitar a ocorrência de situações desagradáveis. Neste sentido, torna-se necessário o enfrentamento dos constantes desafios presentes no trabalho destes indivíduos, buscando minimizar estas diferenças existentes. É fundamental um trabalho educativo dirigido aos serviços de apoio, sobre a importância de alguns procedimentos e as complicações que podem acontecer quando estes não são respeitados.

Diante desta breve exposição de como acontece o trabalho da enfermagem na UTI, e com base no trabalho que desenvolvi na prática assistencial, fundamento a necessidade de tentar (re)construir novas formas para a sua realização. Aponto neste momento, a título de contribuição, algumas sugestões ou desafios propostos por Leopardi (1999:52-54), na tentativa de realizarmos um trabalho de qualidade:

“trazer a vida para o trabalho”: traçar objetivos para a vida e preenche-la com ações importantes, tanto para si como para os outros; **“viver a possibilidade da solidariedade”**: acreditar mais, como também oferecer e receber ajuda. Identificar suas limitações e exercer mais nossa criatividade; **“viver seu presente, construindo seu futuro”**: revitalizar a vida. Reconhecer o que podemos fazer ordenando nossas prioridades. Viver intensamente o presente, amando o que se faz e idealizando o que queremos para o futuro; **“ter equilíbrio pessoal e profissional”**: resgatar a si mesmo buscando viver equilibradamente e com qualidade. Que possamos ser um ser único e feliz em nossas ações”.

Conforme, ainda, Leopardi (1999:55), para repensar o nosso cotidiano e quem sabe apontar saídas para que o sujeito trabalhador de enfermagem possa vir e ir sentido que a "jornada do herói não será uma jornada solitária, porque corresponde a uma jornada em que há encontros, trilhas comuns, ajudas, respeito e responsabilidades compartilhadas".

E, por tudo que até o momento pude constatar nesta caminhada, explicitada nesse meu juízo da realidade e com a ajuda de outros olhares (outros estudos), tracei como **questão de pesquisa**: que fatores estão presentes no processo de trabalho da enfermagem em UTI que causam prazer e/ou sofrimento? Respeitando os preceitos metodológicos de um processo investigativo, aponto o **objetivo** deste estudo, que me permitiu traçar as estratégias teórico-metodológicas para a sua operacionalização, que foi identificar os fatores existentes no processo de trabalho da enfermagem em UTI que causam prazer e/ou sofrimento nos trabalhadores.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do referencial teórico da minha pesquisa, parto do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem numa instituição hospitalar, mas especificamente numa UTI. Acredito que, para compreender e explicitar o tema proposto no estudo, alguns conceitos são necessários elucidar, os quais destaco a seguir.

A enfermagem visa, desde sua origem, ministrar cuidados indispensáveis aos "enfermos", bem como cuidados de promoção à saúde das pessoas (Copalbo, 1984). Deste modo, entendo que a ação terapêutica é a essência da saúde e da enfermagem. Este cuidado, ação terapêutica, no entanto, não deve estar voltado apenas para o indivíduo ao qual cuidamos, o sujeito hospitalizado, mas deve abranger, também, os familiares deste sujeito e o prestador dos cuidados, o trabalhador de enfermagem, que igualmente o necessita. Quando este trabalhador encontra-se satisfeito, cuidado, a realização do trabalho torna-se um processo harmonioso (Capella, 1996).

Acredito que o trabalhador precisa ser estimulado, se tornar confiante, participativo, qualificado, criativo, inovador, ser cuidado e prestar o cuidado adequadamente. Com esses elementos, penso que é possível ao trabalhador repensar o seu trabalho e propor outras formas de realizá-lo, mas é preciso que existam alternativas. A realidade cotidiana do trabalho tem sido o ponto cego, não somente do olhar do sanitarista, como também dos observadores e analistas da sociedade. Assim, é importante e urgente penetrar os muros dos centros de trabalho e mostrar o que acontece neste cenário, para que deixe de ser apenas experiência individual, tornado-se áreas socializadas e legítimas de ação e transformação. A investigação que mostra e documenta a existência de problemas é necessária para dinamizar

a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, além de favorecer o crescimento deste cidadão (Laurel & Noriega, 1989).

O trabalho é considerado a atividade humana mais importante. O seu produto é registrado também como uma atitude pessoal e quando o trabalho não gera benefícios ao trabalhador, torna-se uma atividade insatisfatória. Deste modo, é fundamental proporcionar ao homem satisfação na sua atividade fundamental - o trabalho - pois o **Homem** segundo Capella, (1996:31), "é um ser natural, surge em uma natureza dada, submete-se às leis naturais e depende da natureza mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente segundo suas necessidades, e nesse processo se faz humano e passa a construir a sua história, se faz histórico". A autora, ainda, coloca que na construção social deste homem deve haver espaço e o mesmo ser reconhecido e aceito pela sua singularidade, particularidade e individualidade. Sabe-se, no entanto, que este homem sofre influências das condições em que vive, com repercussão no seu desenvolvimento e, conseqüentemente, no seu trabalho.

Concordo com Vietta (1986:137), quando afirma que "o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença e todos os aspectos da vida estão estritamente ligados à sua história e às estruturas sociais". Portanto, é quase impossível, ao meu ver, prestar o cuidado de enfermagem sem conhecer ou respeitar o contexto sócio-cultural deste homem.

O trabalhador de enfermagem, bem como os demais atores sociais envolvidos na ação terapêutica em saúde, se conjugados numa relação dialógica, tenderão a fortalecer o papel social da prática do trabalho nas ações de saúde. Esta é a razão pela qual acredito que a enfermagem tem a tarefa ou a missão social de contribuir para a concretização das ações educativas e de cuidado, e a (re)construção da cidadania dos indivíduos, sejam eles trabalhadores ou não. Assim, os trabalhadores de enfermagem, além da necessária relação com o sujeito hospitalizado e sua família, relacionam-se, também, com toda a equipe de saúde, equipes de apoio e dirigentes em níveis variados. Deste modo, a enfermagem necessariamente envolve-se cotidianamente com seres humanos. E, é bom lembrar que toda atividade humana é mediatizada, quer dizer, ao mesmo tempo em que é objetiva, também é subjetiva.

Quando Marx escreve sobre o papel da atividade sócio-histórico na formação do indivíduo e de sua psique, tanto em sua tese sobre Feuerbach como nos manuscritos econômicos e filosóficos de 1844, destaca o papel da atividade prática do homem, do trabalho, na formação do indivíduo e de sua psique.

Um outro aspecto, levantado por Marx está vinculado intimamente ao anterior: "o mundo dos objetos engendrados pela atividade humana, condiciona todo o desenvolvimento dos sentidos humanos, condiciona todo o desenvolvimento da psicologia humana, a consciência do homem" (Rubinstein *apud* Serra, 1987: 170). Para Marx (1965), a atividade do homem constitui a dialética do sujeito e objeto. Não é determinada só pelo sujeito, mas faz referência ao objeto. No trabalho, a atividade do sujeito e o objeto se penetram reciprocamente. Por um lado, os resultados da atividade do homem constituem uma expressão de sua psique, de suas capacidades e processos psíquicos, de outro lado, a própria psicologia do homem é determinada pelo seu objeto, pelo mundo exterior, pela natureza humanizada. Acrescenta Marx (1965:114), neste sentido: "não somente os cinco sentidos, mas também os chamados sentidos mentais, os sentidos práticos (vontade, amor, etc.) [completa], o sentido humano, a humanidade dos sentidos, se constitui em virtude de seu objeto, em virtude da natureza humanizada. A formação dos cinco sentidos é o trabalho de toda a história do mundo até os nossos dias".

Quer dizer, a psicologia humana, os sentidos do homem são um produto da história e das condições da vida social. As capacidades do homem, que têm também um caráter historicamente condicionado, não são deterministas, como coloca Marx em seu manuscrito: "a diferença de talentos naturais nos diversos indivíduos não é tanto a causa, como o efeito da divisão do trabalho" (Marx, 1965:137).

Pode-se depreender que a atividade do homem e a sua psique estão determinadas pela sua relação com os objetos, com a cultura e com o próprio homem. Nesta dialética da interação sujeito-objeto e sujeito-sujeito é que Marx (1965:139) coloca que "o trabalho, desse modo atua sobre a natureza exterior a ele e a transforma, transforma sua própria natureza, desenvolvendo as potências que habitam nele e as submete ao jogo de suas forças e a sua própria disciplina".

Assim, o critério do papel fundamental do meio social e da atividade sócio-histórica do sujeito na determinação do indivíduo e de sua psique, implica forçosamente a idéia do caráter reflexo do psiquismo e da personalidade humana. Acrescenta Marx (1962: XXXII) a respeito, “para mim [diz ele], o ideal, não é mais que o material traduzido e transposto a cabeça do homem”. Um outro aspecto que creio ser interessante tocar neste momento diz respeito à unidade do natural e o social, do individual e o social. A este respeito, o autor anteriormente citado coloca que,

“o homem é diretamente um ser natural. Como ser natural e como ser natural vivente está provido por uma parte, das forças da vida, é um ser natural ativo. Estas forças existem nele como tendências e habilidades, como impulsos. De outra, como ser natural, corpóreo, sensorial, objetivo, é uma criatura que sofre, condicionada e limitada, como os animais e plantas. Quer dizer, os objetos de seus impulsos existem fora dele, como objetos independentes dele; porém esses objetos são objetos de sua necessidade: objetos essenciais, indispensáveis para a manifestação de suas forças essenciais” (Marx, 1965:115).

E isso levou Marx (1965:176) a completar sua construção teórica em relação ao homem quando coloca que “o homem não é só um ser natural: é um ser natural humano”. Como referido, acerca do caráter social do homem, Marx (1965:109) expressa que, “assim como a própria sociedade produz o homem enquanto tal, assim também a sociedade é produzida por ele (...) a atividade e o consumo, ambos em seu conteúdo e em seu modo de existência, são sociais (...) assim a sociedade é a unidade consumada em substância de homem e natureza”.

Há uma necessária correlação entre o social e o individual. Entretanto, não devemos, ao mesmo tempo, colocar a sociedade como abstração do indivíduo. Como ser social que é, embora não apareça na forma de vida comunitária conduzida junto a outros é, por conseguinte, uma expressão e confirmação da vida social. Pelas razões expostas é que Marx (1965:110) afirma que “por mais que o homem seja um indivíduo particular (e é precisamente sua particularidade a que faz ser um indivíduo e um verdadeiro ser social individual). Mas é também a totalidade (a totalidade ideal), a existência subjetiva da sociedade pensada e experimentada para si”.

As colocações feitas, a partir de Marx, propiciam a compreensão dos fenômenos psíquicos, do determinismo psíquico. A esse respeito aparecem os fundamentos que explicam esse determinismo, denominado sócio-histórico, analisado especialmente em função das relações de produção e da divisão do trabalho. Assim, os autores desenvolvem a tese de que mudando a natureza exterior o homem muda sua própria natureza:

“os homens são produtores de suas representações, de suas idéias, etc. mas os homens são reais e atuantes, tal e como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento das forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde. Assim, a consciência [continua dizendo], não pode ser nunca outra coisa que o ser consciente, e o ser dos homens é precisamente seu processo de vida real” (Marx, 1966:25).

Infelizmente, o homem, no seu percurso sócio-histórico, vai construindo algumas idéias distorcidas do que vem a ser o trabalho, especialmente a partir das sociedades divididas em classes sociais, tais como trabalho como luta e escravismo, obrigação e não prazer, necessidade maçante, fardo árduo de carregar e que ocupa todo nosso tempo. O trabalho visto como obrigação é resultado de uma imposição histórica e cultural criada pelo próprio homem. A ele, o trabalhador, cabe responder ao "dever" que o empregador lhe paga pela sua força de trabalho. O processo, é uma troca - uma mercadoria - um compra e o outro vende. Entretanto, esse vender é assimétrico, vale sempre a ótica de quem compra, ou seja, o fio condutor da expropriação do trabalho.

O ato do trabalhador no processo de trabalho, nessas condições, não leva em conta os aspectos subjetivos deste, quer dizer, está em pauta, apenas, o ato de produzir e de transformar objetos em produto, não o de transformação do trabalhador juntamente com o objeto. Muito embora, sabemos que em qualquer situação ou em determinadas condições, o homem ao transformar o objeto, fruto do processo de trabalho, juntamente se transforma. O que significa dizer que o trabalho deve proporcionar aos trabalhadores elos reais de satisfação objetiva e subjetiva.

Neste contexto, o **sujeito trabalhador de Enfermagem** é visto como um "homem, que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituições de saúde, e neste caso prestando atendimento

ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde" (Capella, 1996:133).

Explicitando um pouco mais nossa trajetória teórica, é preciso explicitar o que Marx (1983:149) define como **trabalho**. Sua teorização acerca da categoria trabalho nos esclarece o que foi exposto acima, quer dizer, no trabalho o homem interage com a natureza continuamente. Diz ele,

"o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços, pernas, cabeça, mão, a fim de apropriar-se da matéria numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza".

Por sua vez, Capella (1996:163), em sua tese de doutorado, concebe que "o trabalho não mais se reduz à atividade de produção material, para responder a reprodução fisiobiológica (mundo da necessidade), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer (mundo da liberdade)". Assim, o trabalho deve ser concebido como algo pertencente à intimidade deste homem, não se dissolvendo a ponto de impedir o crescimento deste.

Ao trabalhar, o homem executa várias atividades e estas, em conjunto, originam o **processo de trabalho**, que "é a atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam para que ela possa responder às suas necessidades, e ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza" (Capella, 1996:164). Seguindo, ainda, o raciocínio de Capella (1996:168), percebe-se que o **processo de trabalho em Enfermagem** é exercido, na sua maioria, por diversas categorias profissionais, quer dizer, é um processo coletivo, e ocorre por:

"um processo de trabalho complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. Uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais é também esse processo coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do

trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos".

Para a execução do processo de trabalho, o homem deve estar intimamente relacionado com o mesmo, pois do produto deste resulta uma atividade que pode favorecer o seu crescimento e a sua interação. Se assim não o for, as marcas do sofrimento durante o processo perduram, insatisfazendo-o, pois ao explicitar o que se faz na vida, ao mesmo tempo explicitamos o nosso modo de viver, o nosso padrão de vida, "e, desta forma, os aspectos psíquicos e físicos estão implicados conforme o tipo de atividade que exercemos" (Lisboa, 1998:6-7).

É considerável o número de trabalhadores da enfermagem que desempenham suas funções no âmbito institucional, especialmente o hospitalar, local onde se evidencia um grande arsenal tecnológico, a burocracia fervilha e, se faz presente um universo de valores inimaginável. Geralmente essas instituições se organizam, como fala Pires, (1996:12), "sob regras rígidas que auxiliam no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo em que propiciam a defesa dos interesses institucionais em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial".

Entendemos, pois, neste estudo, a **Instituição Hospitalar** como:

"um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem - o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla" (Capella, 1996:166).

Normalmente, o que se percebe é que os hospitais estão organizados para atenderem os interesses do ponto de vista da organização, isto é, os interesses dominantes, as necessidades dos trabalhadores que o integram, especialmente o médico, razão pela qual,

muitas vezes, não atendem as necessidades da população, finalidade maior da criação deste tipo de instituição, mascarando assim, os seus reais objetivos. Conforme Campos (s.d.:3), "elege-se de preferência a faceta de interesse social e daí se oculta aqueles ligados aos interesses privados". Por isso, é que o autor, fazendo referência ao significado das palavras *missão* e *objetivos*, coloca que a primeira tem uma conotação mística, "uma aparência nobre, já que vinculada à noção de dever religioso, de obrigação a ser cumprida" (idem). Enquanto que *objetivos* tem um significado de algo a ser alcançado, "um lugar de chegada, um destino. Um caminho a cumprir-se, uma missão (...), à realização de determinados produtos mediante o estabelecimento de relações consideradas adequadas entre os agentes e os meios de trabalho" (ibidem). Percebe-se que, nas instituições de saúde, ocorre o exposto. O autor acima, referindo-se a este aspecto, coloca que,

"a medicina não procede de outra forma. Em seu discurso, em primeiro lugar, sempre viriam as necessidades do paciente. Sabemos que as coisas não funcionam com esta singeleza. Junto, misturado, aparecem os interesses, interferindo e modificando a relação idílica entre produtores e consumidores, entre agentes da produção e público. Na realidade, seria mais real se reconhecesse, sem subterfúgios, que toda organização tem pelo menos dois objetivos básicos ou essenciais, que não podem ser eliminados ou descartados sem que se comprometa o sentido último da própria instituição" (s.d.: 4).

Para favorecer o trabalho com prazer é necessário o investimento da instituição em relação a todos trabalhadores. Campos (s.d.), quando fala novamente do novo modelo organizativo para superar os obstáculos estruturais, coloca que isso se dará:

"mediante a possibilidade dos trabalhadores participarem da construção da totalidade da própria empresa, ou seja, desde elaboração de diretrizes de governo até métodos concretos de ordenar o trabalho, tomando-os como obra coletiva, mas que contaria com a contribuição singular de cada um. Obra em que todos co-participariam, funcionando como co-autores da história de cada organização. Há evidências de que ocorre um aumento da fruição de prazer quando é atenuada a predominância do trabalho mecânico, ou quando o trabalhador participa de decisões e são instaurados espaços institucionais onde todos, ainda que em distintas proporções, estejam obrigados a integrar-se em processos criativos" (Campos, Sd: 8)

Acrescenta ainda, que "o envolvimento dos trabalhadores com a construção de projetos, com a discussão de problemas, processos de trabalho, etc., mobiliza paixões ao obrigar todos a encararem o princípio da realidade e as incertezas do futuro" (s.d.: 15).

Na maioria das vezes, os serviços de saúde são oferecidos de maneira fragmentada, ou seja, aparece bem definida a divisão social do trabalho, centrada no modelo biológico e na hegemonia médica, colocando em risco a qualidade de seus serviços, bem como desequilibrando a atenção aos seus trabalhadores que, nem sempre, são assistidos. A imagem do hospital deve ser construída pela integração interna, quer dizer, por seus trabalhadores que atuam em harmonia; não devendo estar organizado, apenas, para tratar de doenças. Quando isto não ocorre, há reflexos diretos na qualidade dos serviços prestados.

Pode-se dizer que o mais antigo princípio do modo de produção capitalista foi a "divisão manufatureira do trabalho" (Braverman, 1981:70), permanecendo como princípio fundamental da organização industrial. Esta divisão gera o parcelamento dos processos necessários para a obtenção de determinado produto, sendo executada por diversos atores/trabalhadores. De acordo com Braverman, a divisão pormenorizada do trabalho faz com que o trabalhador seja incapaz de acompanhar o processo global de produção. Enquanto que a "divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem, (...) quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade" (Braverman, 1981:72). Deste modo, o trabalhador até pode executar uma atividade parcelada, repetitiva, mecânica, porém, o sujeito trabalhador jamais será um trabalhador parcelado em sua vida.

A divisão social do trabalho, para Pires, (1989:16) é entendida:

"não como necessidade de aprimoramento da tecnologia ou como condição indispensável para a eficácia técnica, e sim como característica da organização do trabalho, determinada nos diversos momentos históricos pelo modo de produção típico de cada sociedade, portanto cabendo aos homens enquanto grupo social definir a forma como se relacionam com a natureza e a forma como reproduzem sua vida social".

Marx (1983) referia que a verdadeira divisão do trabalho acontece quando há separação do trabalho manual e intelectual. A organização do trabalho da enfermagem, e do setor saúde, durante muito tempo, estava centrada na teoria de Taylor e Fayol, que se caracteriza pela divisão técnica do trabalho, ou seja, a execução de tarefas pelo grau de conhecimento, muitas vezes, e ainda hoje, tornando-nos tarefeiros. Lisboa (1998:3), falando a respeito, coloca que a organização do trabalho "seria a grande responsável por definir se o trabalho seria prazeroso ou traria sofrimento".

Quando se separa radicalmente o trabalho manual do trabalho intelectual, como propõe Taylor, neutralizamos a atividade mental dos trabalhadores (Dejours, 1991). Na prática, em qualquer instituição, o trabalho deveria se constituir em um espaço de realização, de criação e de expressão dos seres humanos. No entanto, a organização do trabalho nestes espaços, própria do modo de produção capitalista, tem levado, obedecendo à lógica da organização social, a um distanciamento deste potencial criativo, ao mesmo tempo em que regras e normas são construídas e impostas aos trabalhadores, impedindo-os de modificarem tal situação. A organização do trabalho assim institucionalizada, "não se limita a uma desapropriação do saber. Ela amordaça a liberdade de organização, de reorganização ou de adaptação do trabalho. (...) adaptação que, vê-se logo, exige uma atividade intelectual e cognitiva que será proibida pelo trabalho taylorizado" (Dejours, 1991:38). Essa mesma lógica não é diferente nas instituições de saúde, o que tem influenciado diretamente na organização do trabalho da enfermagem, conduzindo-a para caminhos fronteiriços, entre estar alerta ou alienada.

Segundo Marx (*apud* Fromm, 1979:53), o trabalho humano:

“é alienado porque trabalhar deixou de fazer parte da natureza do trabalhador e, conseqüentemente, ele não se realiza em seu trabalho mas nega-se a si mesmo, tem uma impressão de sofrimento em vez de bem – estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas, mas fica fisicamente exaurido e mentalmente aviltado (...) Assim, no ato de produzir, a relação do trabalhador com sua própria atividade é vivenciada como sofrimento, o vigor como impotência, a criação como emasculação”.

Tal fato pode ser percebido na medida em que os trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, recebem salários muitos baixos, insuficientes para a sua manutenção e de sua família, o que os encaminham para a dupla e até tripla jornada de trabalho. Além disso, a maioria é do sexo feminino, o que pressupõe uma terceira ou quarta jornada, com o acréscimo da doméstica, possivelmente propiciando uma vida desgastada e sem ânimo, que os impossibilitam de participarem de mobilizações e organizações em prol de melhores condições de trabalho. Deste modo,

"a divisão social do trabalho na enfermagem reflete assim a própria Organização do Processo de Trabalho da profissão que depende das relações de produção e que domina inclusive a própria divisão técnica do trabalho. Ela não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou intelectuais entre pessoas de classe sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e da desigualdade social e, por isso mesmo, tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista" (Melo, 1986: 54-55).

Atualmente, outras teorias estão norteando a organização e execução do trabalho numa abordagem mais construtivista e humana. Dentre estas novas abordagens humanísticas, Dejours (1994) faz uma divisão do trabalho através da carga psíquica positiva e negativa. Nesta visão, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica ele é equilibrante e se ele se opõe a essa diminuição é fatigante. Quando o trabalho reverte-se em proveito da homeostasia torna-se, então, um meio de relaxamento e prazer, assim, quando o trabalhador termina uma tarefa sente-se melhor do que antes de tê-la começado.

Os elementos simples do processo de trabalho são a atividade humana orientada a um fim ou ao trabalho mesmo, ao seu objetivo, objeto e seus meios. Produto não é só resultado, mas ao mesmo tempo condição do processo de trabalho (Marx, 1983). No modelo capitalista, o processo de trabalho organiza a vida dos trabalhadores e conduz à valorização que é atribuída ao mesmo.

A organização tecnológica do trabalho no mundo atual globalizado tende à precarização do trabalho, manifestada pelas condições de trabalho inadequadas, ou seja, de contrato efetivo para contrato temporário, dentre outros. Deste modo, acredito que devemos repensar como estão sendo realizadas nossas funções, como estamos trabalhando e sendo

cuidados e de que forma acontecem as nossas relações de trabalho. Concordo com Capella (1996:33), quando diz que as **relações de trabalho da Enfermagem** "se dão no exercício da profissão, internamente, com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais e o sujeito hospitalizado. As relações de trabalho referem-se às relações pessoa/pessoa e pessoa/objeto".

Para compreender as relações de trabalho, é necessário entender que o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza pelo alcance de certas aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais (Dejours,1994). Essa colocação fundamenta a importância do trabalhador ser atendido em suas necessidades, pois estas, quando satisfeitas, facilitam o convívio em grupo e o trabalhador passa a sentir prazer pelo que realiza.

Adentrando mais na discussão sobre prazer e sofrimento, achei oportuno, mesmo que de forma superficial, buscar apoio em outras ciências, com o intuito de contribuir no processo em curso e procurar outros olhares para este estudo. A respeito do prazer, por exemplo, Fromm (1987), descreve que os ricos ao longo da nossa história têm praticado o hedonismo¹ radical, procurando sempre no prazer ilimitado o significado para sua vida. Mas, o que é o prazer?

A categoria prazer não é fácil de ser explicada, pois a mesma tem, por um lado, como pano de fundo e expressão as particularidades do indivíduo e, de outro, as condições a que ele está submetido na vida em geral, no trabalho, nas relações que estabelece e que são necessárias ou impostas pela sociedade.

Aristipo, um dos mais importantes discípulos de Sócrates, no século IV a. C., tinha como doutrina que o objetivo da vida é "obter o máximo de prazer físico e que a felicidade consiste na soma total dos prazeres desfrutados" (Fromm, 1987:25). Sendo assim, para este filósofo, o objetivo da vida é o prazer, desfrutado da melhor forma possível. Por sua vez, o prazer para Epicuro representava a "ausência de sofrimento (aponia) e tranquilidade da alma (ataraxia)" (Fromm, 1987:25). Acreditava que o prazer, como satisfação de qualquer necessidade não poderia ser o objetivo da vida, porque "tal prazer é necessariamente

¹ Tipo de doutrina que considera o prazer como a finalidade da vida.

acompanhado de desprazer e assim mantém a humanidade afastada de seu verdadeiro ideal de ausência de sofrimento" (idem). Percebe-se que estes dois filósofos, apesar de contraditórios em suas interpretações, almejaram o bem-estar do homem num nível considerado satisfatório, e acreditavam que a satisfação de alguns desejos levariam ao prazer momentâneo, afastando, assim, o homem de conquistar sua *eudaimonia* (felicidade). Questionavam, ainda, o que seria a necessidade pura e subjetivamente sentida e a necessidade objetivamente válida (Fromm, 1987).

Aristóteles, em seu livro intitulado *Ética a Nicômaco* (1979), utilizando alguns conceitos de Platão, define o prazer como "o ato de um hábito conforme a natureza" (1979: 172), e dissocia o prazer da verdadeira felicidade. Para Aristóteles, os hábitos dignos de louvores seriam as virtudes que o homem deve possuir para conquistar sua *eudaimonia*. Entre as virtudes aristotélicas, podemos citar a liberalidade, a magnificência, a magnanimidade, a honra, a calma, a veracidade, a vida social (amizade) e o riso. Quando se refere a virtude, este filósofo coloca que "em todas as coisas o meio-termo é digno de ser louvado, mas que às vezes devemos nos inclinar para o excesso e outras vezes para a deficiência" (Aristóteles, 1979:78). Ou seja, devemos buscar sempre o ponto de equilíbrio para as nossas ações e a educação do homem contribui para o alcance deste ponto de equilíbrio.

Alguns homens, conforme o pensamento aristotélico, do tipo mais vulgar, relacionam a felicidade ou o bem com o prazer, por isso amam a vida plena de gozos. O filósofo afirma que o prazer "é um estado da alma, e para cada homem é agradável aquilo que ele ama (...) Em geral, os atos virtuosos aos amantes da virtude" (Aristóteles, 1979:58) quanto ao caráter do prazer, Aristóteles coloca que o homem que se abstém dos prazeres corporais é um homem temperante e ao contrário, um intemperante. O homem que sofre por prazer é um covarde e é "por causa do prazer que praticamos más ações e por causa da dor que nos abstermos de ações nobres" (Aristóteles, 1979:69).

Esta última colocação, pode nos fazer refletir acerca de nossas vivências no cotidiano de trabalho e como cidadãos, em que, por medo de sentir dor e sofrimento evitamos o envolvimento afetivo com o sujeito para o qual prestamos nosso cuidado, com os companheiros de trabalho ou da vida. Além disso, também não lutamos como deveríamos

por melhorias nas condições de trabalho, fato vivenciado em muitos momentos quando nossa categoria tenta de forma organizada reivindicar alguns direitos básicos.

Dentro da psicologia, autores como Freud e Adler, também discutiram as questões referentes ao prazer e ao sofrimento. Freud (*apud* Fadiman & Frager, 1986), atribui ao prazer um dos princípios fundamentais que regem o funcionamento mental, mas precisamente o que dirige a atividade psíquica, com a finalidade de liberar o sujeito da dor. Ele coloca que a busca pelo prazer não se dá pelas vias mais curtas, mas obedece às condições impostas pelo mundo externo. A meta fundamental da psique, segundo Freud, é manter/recuperar, quando perdido, um equilíbrio aceitável que maximize o prazer e minimize o desprazer, pois "as emoções são as vias para o alívio da tensão e a apreciação do prazer" (Freud *apud* Fadimen & Frager, 1986:25). Freud, em "Além do princípio do prazer" (1960), ao procurar explicitar a complexidade do conceito de prazer, afirma que a repetição e a re-experiência de situações idênticas, é em si mesma uma fonte de prazer e que as situações de re-experiência sob compulsão levam ao desprazer, pois trazem à luz as atividades realizadas por impulsos recalçados. Ainda, segundo o autor, as atividades repetitivas impedem qualquer possibilidade de prazer, mesmo se em algum momento trouxeram qualquer satisfação, pois os impulsos instintivos foram reprimidos.

Na visão de Adler (*apud* Fadimen & Frager, 1986), o indivíduo possui três importantes tarefas: o trabalho, a amizade e o amor. O autor sugere que o trabalho gera no indivíduo um sentimento de satisfação e merecimento somente quando beneficia outros indivíduos e que é imprescindível a luta para o aperfeiçoamento do homem e para sua auto-realização.

Embora percebamos que a significação de prazer tem várias conotações, variando de acordo com as épocas históricas e as correntes de pensamento, Fromm (1987:121), embasado no pensamento popular, define o prazer como "a satisfação de um desejo que não exige atividade (no sentido da vivacidade) a ser satisfeita". [Acrescenta] que o prazer pode ser de "alta intensidade: prazer em ter êxito social, ganhar mais dinheiro (...) O prazer sexual convencional (...) O prazer em satisfazer o próprio sadismo". O autor, ao se referir a Spinoza, enfatiza que este encontra na alegria um tipo de passagem para o homem, ou seja,

de uma perfeição menor a uma perfeição maior, e a tristeza seria o oposto. Entende-se, então, que a alegria seria um "bem" e a tristeza "um mal".

Algumas religiões já advertiram para o fato de que o homem jamais deveria deixar de realizar tarefas por não encontrar nelas gosto e prazer, principalmente se elas estiverem ligadas aos serviços espirituais, pois seria impossível ao homem vencer a fraqueza.

O prazer, para Blackburn (1997:308), é: "antes de ser uma qualidade da consciência intimamente relacionada ao contentamento ou à felicidade é mas do que a qualquer outro elemento da experiência consciente. O prazer tem muitas vezes sido apresentado como a finalidade de toda a ação porque é o que de fato nos motiva ou porque há uma contradição latente na idéia de uma ação que não seja assim motivada".

A busca pelo prazer é um instrumento de crescimento e serve de ligação entre a consciência e o mundo material. Pode ser considerado, também, como um estado de satisfação total ou quase total, particular em cada indivíduo. Quando o homem encontra prazer nas atividades que realiza, encontra também a motivação necessária para a realização destas e, assim, relaciona-se de modo mais íntimo com o mundo a sua volta. Neste sentido, o prazer pode ser calcado em contentamento, alegria, sensação agradável, satisfação, euforia, gratificação, felicidade, diversão (Lisboa, 1998; Michaelis, 1998). O **prazer** é, então, uma emoção agradável e benéfica, que impulsiona e estimula o potencial criativo dos homens e, geralmente, é proveniente da realização de uma atividade, o trabalho em si. O prazer brota de dentro do sujeito, como a expressão mais profunda e pura de sua intimidade, influenciando seu agir, seu pensar, seu fazer e seu olhar.

Quando o prazer é negado ou velado no trabalho pode gerar o **sofrimento**, que nada mais é do que a angústia, a mágoa, o desânimo, a repressão, a contrariedade, a melancolia, a solidão, o desamparo, o desespero, a amargura e a intolerância. O sofrimento pode gerar, em algumas situações, a resistência à transformação, ao novo. Acredito que o sofrimento humano encontra-se no próprio indivíduo e foi criado por ele, enquanto sujeito que não se rebela frente a ele, no decorrer de sua existência. Por isso, para reverter ou minimizar as situações geradoras de sofrimento, deve-se trabalhar a consciência do homem e, assim, poder abandonar o que não tem mais valia para sua vida, ampliando seu modo de olhar e interpretar o mundo e o seu trabalho. Segundo Dejours (1999:19), o sofrimento:

"não provoca necessariamente indignação, cólera ou apelo à ação coletiva. O sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e de protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resulta de uma injustiça. Evidentemente quando não se percebe o sofrimento alheio, não se levanta a questão da justiça e injustiça".

O sofrimento depende da percepção dos sentimentos íntimos de cada ser, da noção de responsabilidade, de justiça e injustiça. Entretanto, não podemos nos furtar de dizer que esse homem do qual se falava, não é um sujeito só. É, ao contrário, um ser humano que vive em sociedade e dela sofre todas as influências e, no mundo capitalista especialmente, a expropriação de seu ser. Como diz Marx (1983), o indivíduo não deve ser concebido fora do quadro de suas relações com outros indivíduos, isto é, fora do quadro da vida social. Os homens existem em constantes atividades. As relações sócio-culturais influenciam ativamente a sua vida.

Neste sentido, creio ser necessário explicitar o conceito de sociedade, pois, como referido, o homem é fruto da sociedade, assim como a sociedade é fruto dos homens. O conceito de sociedade, conforme Capella (1996:163), é a:

"esfera existencial do homem e da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura que estabelece premissas, limites e condições materiais que, muitas vezes independem da sua vontade individual. As bases de uma sociedade são as condições materiais, são elas que determinam a formação dessa sociedade, das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias e dos seus valores. É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o homem constrói a sua história, verifica o seu limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos, vontades".

Os trabalhadores de enfermagem originam-se de diferentes locais, se formam em diferentes instituições de ensino, possuem uma diversificação de crenças e valores, como também possui diferentes níveis sociais e culturais. Sabe-se que estes fatores têm influência direta em suas vidas, e acreditar que possa haver a minimização destas diferenças, a partir de novos modos de interação e lutas sociais, são sonhos que podem se concretizar, mesmo que em dias distantes. O individualismo, como valor cultural presente em nossa sociedade,

se generalizado pode levar às desordens preocupantes em matéria de organização do trabalho, na qualidade do cuidado prestado, na produtividade, na segurança e no modo de vida dos homens.

Para explicar a ocorrência dos incidentes ou o aparecimento de acidentes de maiores proporções, é suficiente considerar a desestruturação das relações de cooperação e prazer no trabalho, sem a necessidade de invocar causas ou atribuí-las à incompetência ou à falta de formação dos agentes (Dejours, 1994). Estas causas podem ser modificadas com o empenho e motivação dos trabalhadores para transformar esta realidade, muitas vezes tão cruel. Deste modo,

"quando o trabalho se opõe à livre atividade do aparelho psíquico, ele torna-se perigoso, pois o bem-estar em termos de carga psíquica não advém só do funcionamento mas, ao contrário, de um livre funcionamento, dialeticamente articulado com o conteúdo da tarefa, expresso por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. O prazer resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho" (Lunardi Filho, 1997:80).

Facilitar que o trabalho seja realizado com prazer, requer o empenho tanto dos trabalhadores como da instituição, ou seja, um caminhar junto. Neste caminho, a postura alienada e imposta passo a passo por ambos, pode ceder espaço a atitudes mais críticas, ampliando os horizontes, transformando-os mutuamente e descobrindo novas experiências.

Este homem trabalhador é único em seu modo de perceber-se, de perceber os outros, os fatos e o mundo. Porém, não nos basta saber que as pessoas são diferentes. Deve nos interessar em que e porquê são diferentes. É importante para nossas ações, conhecer o ser humano o melhor possível, em suas diferenças e semelhanças, saber o que pensa e sente, como ele percebe os fatos, as pessoas e a si mesmo, o mundo a sua volta, o seu trabalho, quais são seus valores e interesses, que necessidades impulsionam seu comportamento e quais elementos são necessários para o exercício da sua cidadania.

Cidadania não é algo abstrato, mas tem relação direta com o modo como os indivíduos estão inseridos na sociedade. Ter trabalho, por exemplo, é um começo, mas não

o suficiente. É necessário, pois, que ao sujeito sejam dadas garantias constitucionais, que infelizmente nem sempre as temos, não com o significado de benevolência. No mundo atual, entrecortado pela exclusão da grande maioria da população, o direito de cidadania só poderá vir pela luta política, razão pela qual a mesma se conquista. Cidadania é algo que se constrói no processo de viver, através de nossas relações sociais e cuja conquista se dá por um processo educativo, com ênfase na participação ativa do homem, permitindo a este conhecer seus direitos e deveres, participar com decisão, como também conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença, elementos necessários para quem trabalha em saúde.

A dicotomia saúde-doença, própria do modelo assistencial vigente em nosso país, culmina com o distanciamento de conceitos como este, necessário para a concretização de nosso trabalho. As categorias saúde e doença não são dicotômicas, mas opostas necessariamente num *continuum*. Por isso, o conceito que se tem de saúde determina a forma como se organizam os serviços de saúde. Assim, para este estudo **saúde** é compreendida como:

"um direito fundamental de natureza bio-psico-sócio-político determinado pela biologia, ambiente, estilo de vida, qualidade de vida e internalidade dos indivíduos. É a possibilidade de liberdade de ação e de expressão e de autodeterminação em direção à conquista de condições dignas de vida (nutrição, habitação, educação, trabalho, lazer, etc.). É o processo que lhe dá plena capacidade, não só para sobreviver, mas para viver de forma plena. Depende, de um lado, das relações do homem com o meio natural (meio externo ao homem e seu meio interno); de outro lado, depende das relações do homem com o meio social que molda a atitude do indivíduo face aos sinais de alterações que lhe são dados a perceber" (Vietta, 1986: 136).

Neste sentido, a saúde é entendida como um processo de viver humano construído socialmente, é o resultado do modo de vida deste homem, quer dizer, é determinada socialmente. Por outro lado, a **doença** será o resultado das contradições internas e externas deste homem e do meio em que vive.

O trabalho deve favorecer ao homem seu crescimento e desenvolver suas potencialidades. Quando ele se torna o inverso, sufoca este homem, tornando-o um ser

alienado. Ramos (1996), afirma que quando o trabalho coloca-se como obstáculo para o crescimento do trabalhador, quanto menos expressar sua subjetividade, mais o faz perder-se como sujeito. A identidade deste ser torna-se, então, um tipo de rótulo de acordo com a função que desempenha e, assim, não tem mais nome, idade, sexo, personalidade, desejos e emoções. O trabalhador é apenas um executor de atividades e, em torno disso, sua vida gira. O mesmo acontece, também, com o sujeito hospitalizado e seus familiares, pois são excluídos do processo de cuidar, impedidos de exercerem sua cidadania.

Diante da passividade e submissão a que estão expostos os sujeitos hospitalizados e seus familiares, ocorre também com eles a reformulação de alguns valores, conceitos e percepções acerca de sua existência, principalmente devido ao medo, a dor, a solidão e a perspectiva da morte. O corpo do sujeito hospitalizado que estava geralmente vestido, que era tocado e visto na intimidade apenas por pessoas íntimas, agora está despido e totalmente exposto a seres estranhos, sem laços afetivos, e sendo tocado e transformado em objeto de manipulação, de cuidados e estudos. É quase impossível para este sujeito permanecer inerte, insensível e distante frente às mudanças de ordem física e emocional, às situações significativas perante sua hospitalização na UTI. Todos estes acontecimentos vividos tenderão a ficar armazenados em sua memória, principalmente se não foram valorizados seu saber e sua individualidade.

Falar do trabalho com orgulho não deve ser privilégio de poucos, deve ser de todos, pois é no trabalho que o homem passa grande parte de sua vida. O trabalho da enfermagem, é um processo de interação contínua com outros indivíduos, um partilhar, um fazer. A **enfermagem** é uma prática social responsável e comprometida com o cuidado, exercida por diversas categorias profissionais. Deve trabalhar integrando o cuidado popular e o cuidado profissional de saúde, tendo "como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao homem, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia" (Capella, 1996:180).

E, ainda, a enfermagem deve procurar sempre resgatar a cidadania dos indivíduos, respeitando suas crenças e valores. Seu cuidado deve estar voltado, também, para o prestador do cuidado, o trabalhador de enfermagem, visando condições ambientais, físicas, organizacionais e humanas para seu pleno exercício (Capella, 1996). O trabalho da

enfermagem e o trabalhador sofrem a influência direta das políticas públicas e de saúde, razão pela qual nos leva a crer que conceber um trabalho ético, digno, de qualidade dependerá, em última instância, da luta diária de todos os trabalhadores. Assim, ao se contemplar este universo é indispensável assumir uma atitude de crescente interesse e criatividade, não nos acomodando frente ao progresso científico e tecnológico como a única saída, deixando o homem sem os cuidados necessários.

Conhecer os fatores que influenciam o processo de trabalho, dificultando e/ou impedindo a realização de um trabalho prazeroso, conhecer melhor o contexto social e cultural destes sujeitos trabalhadores com os quais me relaciono como enfermeira, creio ser o início de um caminhar para melhorar a interação entre nós, favorecendo a realização do cuidado humanizado, ao mesmo tempo em que se possibilita cuidados a nós cuidadores, respeitando nossas crenças e valores, enfim, sendo sujeitos de nossas ações.

É fundamental conhecer alguns significados para o entendimento daquilo que muitas vezes não compreendemos, frente a tantas necessidades que inventamos sem nos darmos conta de inúmeras atitudes fúteis e mesquinhas que cercam nossas relações, impedindo-nos de descobrirmos a verdadeira felicidade. A felicidade pode ser uma constante a partir do momento que acreditarmos mais no nosso potencial, lutarmos para a concretização de nossos sonhos e buscarmos formas mais saudáveis de viver. Enfim, quando amarmos mais o que somos, o que temos e vivemos e o que desejamos para o futuro.

CAPÍTULO III METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentado o caminho metodológico que norteou a realização deste estudo. Pesquisar implica em um processo composto de etapas definidas pelo pesquisador de acordo com seu objeto de estudo. Para Demo (1994:23 e 33), "pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Partindo do pressuposto que a realidade não se desvenda na superfície. Não é o que aparenta ser a primeira vista (...) a pesquisa apresenta-se como uma instrumentação teórico-metodológica para construir conhecimento".

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa da área humano-social, do tipo exploratório-descritiva e analítica, com abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (1994:33), "responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantitativo. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes".

O enfoque foi o de identificar a existência de fatores que interferem no processo de trabalho da enfermagem, impedindo ou possibilitando a realização de um trabalho prazeroso, através das experiências vividas no cotidiano do trabalho da enfermagem pelos seus principais atores sociais numa UTI de um hospital de ensino.

Uma das premissas fundamentais em pesquisas, cuja opção metodológica é a abordagem qualitativa, é que para ascender ao conhecimento da realidade é necessário compreender o ponto de vista do informante. Como assinala Stein (*apud* Nigenda e Langer, 1995: 21), "a gente tenta ver como os sujeitos de um grupo vêem, sentem, experimentam e constroem seu mundo cognitivamente, isto significa compreender o ponto de vista (do outro)".

Para viabilizar esta pesquisa, foi construído um processo com etapas, sem que estas fossem rígidas e sim norteadoras, que favoreceram definir, como em qualquer estudo, os pontos de investigação e atuação do pesquisador. Afinal, "o conhecimento - como entendimento do mundo - não é, pois, um enfeite ou ilustração da mente e da memória, mas um mecanismo fundamental para tornar a vida mais satisfatória e mais plenamente realizada" (Luckesi, 1987:47). O grande desafio do processo de conhecimento é fazer a relação entre a teoria e a prática, e o método é a estratégia de ação necessária para responder aos objetivos e ao problema de pesquisa.

Ao tentar definir método, concordo com explicações dadas por Faria (1996:3) que explicita que:

"a fonte do método está na teoria, a qual é transformada e sintetizada na abordagem do objeto, para questioná-lo e estudá-lo. O método tem um sentido geral, e não é limitado a procedimentos e técnicas de coleta de dados, mas como uma estratégia geral de conhecimentos, como um modo de abordar o objeto teoricamente fundamentado. Oferece uma orientação organizativa da atividade cognitiva do sujeito na nova relação com o objeto".

Portanto, é o caminho para a explicação teórica do empírico.

3.1 Caracterização do cenário do estudo: a Instituição

O local escolhido foi a instituição onde trabalho como enfermeira. É um hospital público, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conhecido como Hospital Universitário (HU) Dr. Polidoro Santiago. O HU foi inaugurado em 1980, como órgão suplementar da UFSC, sendo uma instituição de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Atende à população da Grande Florianópolis, como a de outros municípios, sendo referência no Estado de Santa Catarina para o atendimento de inúmeras especialidades. É um hospital mantido com os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e também do Ministério da Educação (MEC). Este hospital escola, dispõe de 246 leitos e é o único no

estado de Santa Catarina a atender a população local, regional e estadual exclusivamente pelo SUS. Conforme o Jornal Universitário (2000: 6),

"As áreas ambulatoriais, hospitalares e de serviços complementares de diagnóstico e terapia foram responsáveis em 1999 por 140.441 atendimentos ambulatoriais e 8.577 internações. Apenas na emergência e primeiro atendimento passaram pelo HU em 1999, 113.835 pacientes, uma média de 312 por dia. No ambulatório e emergência foram atendidos 254.276 pacientes, número equivalente à população do município de Florianópolis".

Sua organização gerencial é composta de Direção Geral (DG), Diretoria de Enfermagem (DE), Direção Administrativa (DA), Direção de Medicina (DM) e Diretoria de Apoio Assistencial (DAA). Possui uma expressiva diversidade de trabalhadores de inúmeras áreas, dentre as quais, para exemplificar uma, citarei apenas os trabalhadores que compõem a equipe de saúde: médicos de diversas especialidades, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde¹ e docentes das diversas disciplinas da área da saúde.

O hospital possui várias unidades de internação: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Clínica de Internação Cirúrgica I e II (UICI, UICII), Clínica Médica Masculina I e II e Clínica Médica Feminina (CMMMI, CMMII, CMF), Unidade de Tratamento Dialítico (UTD), Unidade de Internação Pediátrica (UIP), Serviço Materno Infantil que inclui Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico, Unidade de Internação Ginecológica e Unidade de Internação Neonatal (berçário de alto e médio risco e observação), além do Centro Cirúrgico (CC) e Centro de Esterilização (CE). No atendimento externo à população, possui o serviço ambulatorial com diversas especialidades médicas, e o serviço de emergência adulto e pediátrico.

Os trabalhadores desta instituição são contratados através de concurso público, pelo Governo Federal, ou da Fundação de Amparo a Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Os contratados via FAPEU, para serem admitidos, realizam uma prova teórico-

¹ Os auxiliares de saúde são os equivalentes aos antigos atendentes. Esta categoria foi extinta através da lei 7498/86. Estes trabalhadores não exercem funções que envolvem atendimento direto ao sujeito hospitalizado.

prática, supervisionada por enfermeiros da instituição. Atualmente, existe uma grande parcela de trabalhadores da enfermagem contratados via FAPEU. Esta situação acontece devido a atual situação política e econômica do país, em que os investimentos nos setores de saúde são mínimos levando, principalmente, ao arrocho salarial e a não reposição dos trabalhadores que aposentaram-se ou pediram demissão. A instituição, para garantir a qualidade dos serviços que presta à população, responsabiliza-se pela contratação destes trabalhadores, o que ocasiona uma despesa elevada ao hospital, pois o mesmo é responsável pelo pagamento salarial destes trabalhadores.

Dentro deste cenário hospitalar encontra-se a UTI, que começou a funcionar em 1983, portanto, há 17 anos. No início de seu funcionamento, contava com sete leitos para internação. No ano de 1988, "devido à falta de pessoal e material este número foi reduzido, mantendo-se até hoje com seis leitos" (Vieira, 1993:15). Localiza-se no quarto andar do HU, próximo ao Centro Cirúrgico e as Unidades de Internações Cirúrgicas. A UTI, como assinalado, é uma unidade de internação de alta complexidade e tem como objetivo primordial a recuperação do sujeito hospitalizado em situações de risco eminente.

A equipe de trabalhadores é composta por Médicos Intensivistas, Residentes de Terapia Intensiva e de Clínica Médica, Enfermeiras (os), Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar de Saúde, Assistente Administrativo (escriturário), além de uma Fisioterapeuta, Assistente Social e Nutricionista, estes últimos atendem também nas demais unidades hospitalares. A equipe de enfermagem conta com um quadro profissional distribuído de acordo com a categoria: 8 enfermeiras (os), 15 técnicos de enfermagem, 7 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de saúde, 1 assistente administrativo, totalizando 33 trabalhadores para atenderem as 24 horas do dia, sete dias da semana e 30 dias de cada mês.

A carga horária semanal de trabalho da enfermagem varia de 30 á 36 horas. E, dependendo das condições desta unidade em termos de recursos humanos - férias, licenças, atestado médico, liberações para cursos e treinamentos em serviço, etc. - se faz uma ou outra jornada, sendo que as liberações para cursos e pós-graduações não alteram a carga horária semanal.

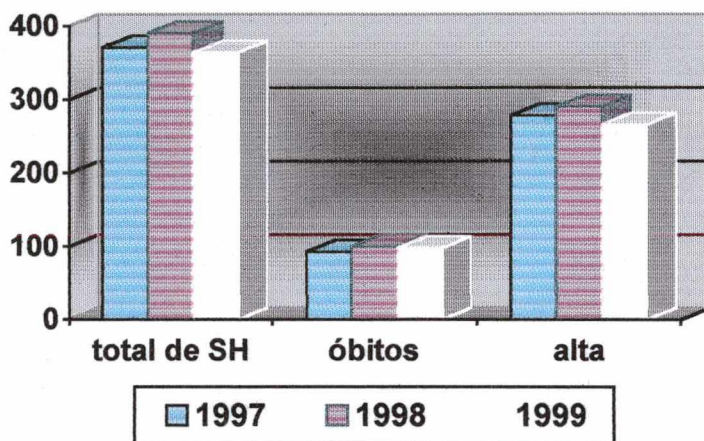
Atualmente, as funções destes são o transporte de pacientes ao Centro Cirúrgico e para realização de exames, e os cuidados com materiais, no Centro de Esterilização.

Atualmente, devido à crise em que se encontra o país, os poucos recursos financeiros destinados ao funcionamento das unidades de saúde e a deficiência nos investimentos na área, encontramos no HU inúmeras dificuldades. Em consequência destes fatores, a prestação dos serviços de saúde na UTI tem ficado deficitária em alguns momentos, destacando-se a falta de equipamentos de ponta como respiradores² e alguns medicamentos sedativos e antibióticos, levando às inúmeras situações conflitantes e dramáticas. Muitas vezes, é necessário algumas medidas mais drásticas, como a restrição do número de vagas para internação, com a diminuição de leitos para quatro ou cinco. Esta atitude, o bloqueio provisório de leitos, tem a intenção de garantir uma assistência de qualidade aos indivíduos ali hospitalizados.

No estudo realizado por Freire, Martins & Montemezzo (2000), foi feita a caracterização do perfil dos indivíduos que se internaram na UTI nos anos de 1997, 1998 e 1999. Os resultados evidenciaram que, em relação ao gênero, houve predominância de 60% do sexo masculino no total de internações (1125); quanto à faixa etária, predominou os indivíduos com idade entre 61 e 70 anos (25,97%); em relação ao motivo que ocasionou a internação destes indivíduos na UTI, o principal foi em decorrência de intervenções cirúrgicas (32,71% dos casos); quanto à procedência destes sujeitos, os mesmos se internaram, em primeiro lugar, via serviço de emergência e, em segundo lugar, via centro cirúrgico; a média de permanência destes sujeitos na UTI foi de um dia. Com base neste estudo, apresento no Gráfico 1, a seguir, o total de sujeitos que se hospitalizaram na UTI nos anos de 1997, 1998 e 1999 e as taxas de óbito e alta.

² O Ministério da Saúde preconiza que para cada leito de UTI deve-se ter um respirador (Diário Oficial, junho de 1998). No entanto, temos na UTI apenas cinco respiradores em condições seguras de uso.

Gráfico 1 - Número total de sujeitos hospitalizados na UTI, segundo a condição de saída. Florianópolis, 2000.



Fonte: Freire, Martins e Montemezzo, 2000

Nos anos de 1997, 1998 e 1999, internaram-se na UTI/HU/UFSC 1125 indivíduos; destes, 74.23% (834) saíram de alta da UTI e apenas 25.86% (291) evoluíram para óbito. Percebe-se que, mesmo em se tratando de uma UTI geral, a incidência de óbitos é inferior a de outros estudos, como o realizado por Beck (2000), em que a autora constatou que a taxa de óbitos na UTI estudada era de aproximadamente 50%, ou seja, um índice superior ao desta UTI. Para precisar com exatidão se a taxa de mortalidade da UTI, cenário deste estudo, está acima ou abaixo da estimativa prevista, seria necessário realizar o APACHE II - índice de prognóstico feito no momento da internação do sujeito na UTI. Este índice foi realizado na UTI por alguns acadêmicos do curso de medicina e residentes de terapia intensiva, entretanto, ainda não foram publicados e/ou encontrados, o que inviabilizou citá-los aqui.

A admissão dos sujeitos que se internam na UTI, dá-se da seguinte forma: o médico assistente do sujeito hospitalizado ou não solicita uma avaliação do mesmo ao médico intensivista que, após realizá-la, decide se é necessário ou não a internação na UTI. O tratamento na UTI, a alta, assim como a transferência para outra instituição e realização de exames específicos - tomografia, ressonância magnética, etc. -, são definidos pelo médico

intensivista. É proporcionado ao sujeito na UTI, durante a sua permanência, três horários de visitas (manhã, tarde e noite), que podem ser ampliados de acordo com a avaliação e autorização do enfermeiro responsável pelo turno de trabalho.

3.2 Os participantes do estudo (atores sociais)

Os sujeitos deste estudo foram os trabalhadores de enfermagem da UTI. A princípio, a meta era envolver todos os trabalhadores de enfermagem da UTI, num total de 33. Entretanto, deveria existir o interesse deles em participar. Caso fosse inviável interagir com todos, adotaria a técnica da amostragem intencional, o que não foi necessário.

Para deixar claro as intenções deste estudo, como a utilização dos dados para posterior análise e divulgação, foi explicado formalmente os objetivos e a finalidade do trabalho em cada turno (matutino, vespertino e noturno), com a intenção de garantir a efetiva participação de todos, considerando-se que ela é fundamental para as reflexões, novos conhecimentos e descobertas. Foi garantido o sigilo e anonimato das informações, sendo entregue, após este primeiro contato, o termo de consentimento livre e esclarecido.³

A forma de entrada no campo é determinante. A esse respeito, Minayo (1998 105/107), coloca que "o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa (...) a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial (...) o campo social não é transparente e tanto pesquisador como os atores, sujeitos objetos da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade". Deste modo, o contato inicial torna-se fundamental para a interação com os trabalhadores e a participação dos mesmos em todo o processo.

Participaram deste estudo 24 trabalhadores de enfermagem da UTI, o que corresponde a 72.7% dos trabalhadores deste setor.

³ Ver Anexo 1.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu em vários momentos desse estudo, como segue:

3.3.1 Questionário supervisionado

Foi utilizado um instrumento semi-estruturado⁴ para a coleta de dados iniciais. Este questionário foi entregue para 26 trabalhadores de enfermagem da UTI que se encontravam em atividade neste momento.⁵ Na ocasião, em que o mesmo foi entregue e respondido pelos trabalhadores, como a própria técnica determina, o pesquisador está presente para auxiliar no preenchimento e esclarecer possíveis dúvidas. Retornaram 24 questionários respondidos.

Após esta etapa, houve afastamento da autora para a interpretação preliminar dos dados obtidos. Ocorrida a classificação, codificação e análise inicial dos dados, os mesmos foram repassados aos trabalhadores para conhecimento e validação, ao mesmo tempo em que se convidava para mais uma etapa do percurso metodológico proposto, a discussão em grupo, a seguir explicitada.

3.3.2 Discussão em grupo

Após a realização da análise dos dados obtidos nos questionários, foi realizado um encontro com os trabalhadores por turno de trabalho para a apresentação dos dados e novas discussões. Este encontro, com a autorização dos mesmos, foi gravado em fita cassete.

⁴ Ver Anexo 2.

⁵ No mês em que aconteceu a coleta de dados, através do questionário supervisionado, três trabalhadores de nível médio e um de nível superior estavam de férias, e três estavam afastados do serviço para tratamento médico.

Para a devolução dos dados iniciais e maior motivação na continuidade do processo de discussão e coleta de novos dados, optei pelos trabalhos em grupos, tipo oficinas, pois acredito que têm um valor significativo que, quando realizado adequadamente e com dinâmicas apropriadas, podem auxiliar no desenvolvimento de uma consciência pessoal e grupal, objetivando um relacionamento positivo e despertando novos interesses e relações.

O objetivo também foi o de agendar com os interessados novos encontros, para discutir, de forma coletiva e especificamente, as questões referentes ao prazer e sofrimento no trabalho, tema principal proposto neste estudo. A formação de um grupo "**focal**" tem como objetivo o de aprofundar a questão em curso e apreender outros possíveis temas importantes no processo investigativo.

3.3.3 Grupo focal

Conforme Westphal (*apud* Pereira et al 1999: 335-336), os grupos focais “permitem o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, reproduzindo processos de interação que ocorrem fora dos encontros grupais”. E, Minayo (1998), falando a respeito da técnica de grupo focal, salienta que esta tem um papel complementar em relação aos outros instrumentos utilizados para a coleta de dados, especialmente na pesquisa qualitativa, viabilizando, nesse caso, a triangulação dos dados.

Quando foi proposta a formação do grupo focal houve interesse da maioria dos trabalhadores em participar. Como seria impossível encontrar um horário e data que favorecesse a participação de todos, ficou decidido coletivamente realizar os encontros em dois períodos, de manhã e tarde. Os trabalhadores estipularam que os encontros deveriam acontecer no horário de trabalho e com duração não superior a 60 minutos. Os trabalhadores do período noturno poderiam escolher qualquer período diurno para participarem. Foram realizados três encontros no período matutino e vespertino, com

duração geral de 4:30 horas respectivamente, e gravados em fita cassete com a autorização dos participantes. Nestas ocasiões, foram discutidos e trabalhados, através de oficinas, os temas prazer e sofrimento no trabalho e, a pedido dos trabalhadores, o tema gerador de sofrimento mais significativo apontado no primeiro momento de coleta de dados, o relacionamento interpessoal.

3.3.4 Observação Participante

Durante toda a etapa metodológica foi utilizada a Observação Participante, com anotações no diário de campo. A observação favorece uma melhor compreensão da realidade. Schwartz & Schwartz (*apud* Minayo,1998:135), enfatizam esta questão e colocam que durante este processo "o observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por seu contexto". Deste modo, ambas as partes, pesquisador e sujeitos da pesquisa, podem adquirir ou modificar alguns valores, além de favorecer a construção de novos conhecimentos.

3.3.5 Análise dos dados

Acredito que a importância dos dados não está apenas nos dados, mas nas interpretações que proporcionam e na ligação necessária à fundamentação teórica, que propicia sua análise e interpretação. O pesquisador não necessita dar explicações, mas interpretar os dados.

Utilizei a **Análise de Conteúdo**, expressão muito usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Segundo Bardin (1979:42), é "um conjunto de

técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens".

Para a interpretação dos significados dos dados, utilizei a análise temática que, segundo Minayo (1998:209), "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado".

Assim, esta etapa foi realizada primeiramente através da "pré-análise" com a leitura exaustiva dos dados, seguida da delimitação da representatividade em que foram codificados e contados (percentual), com o intuito de verificar os mais significativos nas falas dos sujeitos do estudo. Uma vez realizada esta tarefa, procurou-se estabelecer as categorias representativas para o estudo. E, finalmente, realizou-se a inferência e interpretação dos resultados, sendo feitas de acordo com as estruturas lingüísticas relacionadas ou referidas pelos trabalhadores em todos os momentos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E ANÁLISE

Neste capítulo são apresentados os resultados dos dados obtidos neste estudo. Inclui-se, também, algumas falas dos trabalhadores com a finalidade de demonstrar a interpretação e/ou opinião dos mesmos acerca do tema abordado. Respeitando os objetivos deste estudo, na primeira parte apresento as características dos participantes do estudo; na segunda, aponto os fatores presentes no processo de trabalho que propiciam prazer aos trabalhadores. Na terceira parte, apresento os fatores que geram sofrimento nos trabalhadores no seu processo de trabalho. Na quarta, são apresentados os dados referentes às tecnologias e à organização do processo de trabalho neste setor na perspectiva do "olhar" do trabalhador. A quinta parte, enfoca o tema escolhido pelos trabalhadores como a principal causa de sofrimento (relações interpessoais), que foi abordado através de oficinas, cuja finalidade foi de tentar minimizar os desvios apontados, como também, procurar entender o que pode gerar a exacerbação deste fator e, conseqüentemente, transformá-lo em algo prazeroso, modificando assim, o processo de trabalho. Finalizando a apresentação dos resultados, aponto, para ilustração deste estudo, as sugestões fornecidas pelos trabalhadores para melhorar o processo de trabalho da enfermagem em UTI e a opinião dos mesmos sobre o seu trabalho.

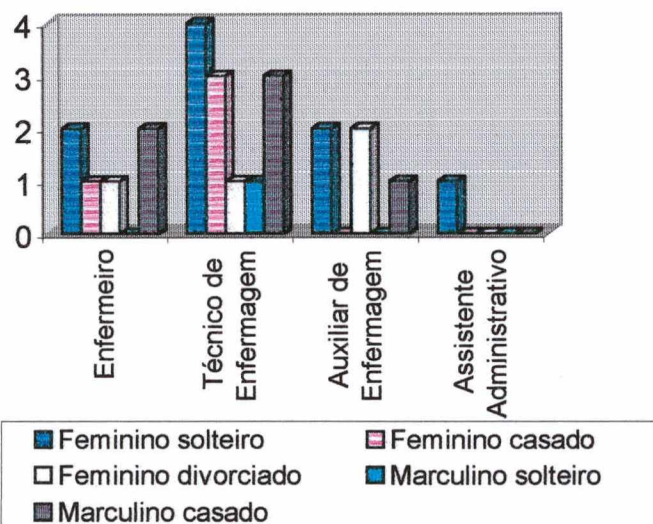
PARTE 1- Caracterização dos participantes

Apresento, neste momento, o perfil dos trabalhadores que participaram do estudo. Estes dados são advindos da aplicação do questionário supervisionado e referem-se ao

gênero, estado civil, idade, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de formação profissional, tempo de trabalho no HU e na UTI, turno de trabalho, se possui outro vínculo de trabalho e a renda mensal.

Pode-se perceber no Gráfico 2, a seguir, que dentre os trabalhadores de enfermagem que realizam suas funções na UTI, em relação ao gênero, 70.8% são do sexo feminino e 29.2% são do sexo masculino. A predominância do sexo feminino entre os trabalhadores de enfermagem da UTI, reafirma que nossa profissão é constituída na sua maioria por mulheres. A arte do cuidado, tanto dos enfermos, como das crianças e dos idosos, por exemplo, tem sido historicamente uma tarefa delegada às mulheres.

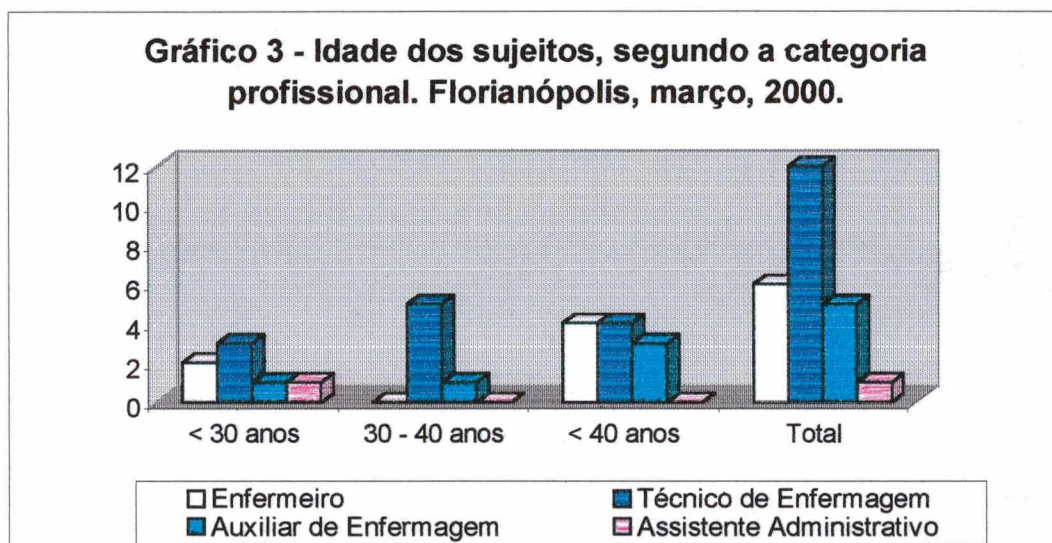
Gráfico 2 - Sexo e Estado Civil dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000.



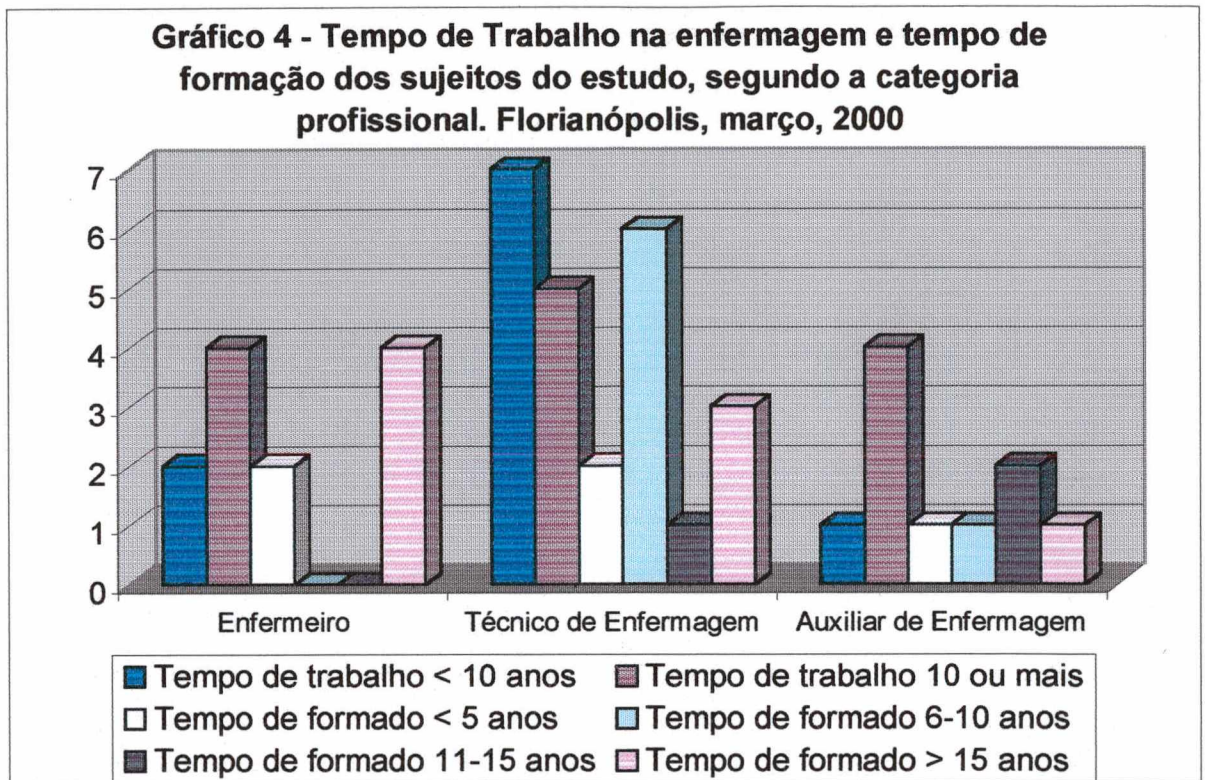
Silva (1997:61) coloca que "a divisão sexual do trabalho é a separação e distribuição das atividades de produção social de acordo com o sexo dos indivíduos". Sendo assim, o trabalho da mulher, geralmente, é voltado para o trabalho doméstico. O cuidado com sua família e filhos, enquanto que "as atividades de produção social e de direção da sociedade, desempenhadas no espaço público, são atribuições masculinas" (idem). Isso demonstra que há "assimetria nas relações entre os sexos" (Silva, 1997: 63).

Os dados do Gráfico 2, em relação ao estado civil, apontam para uma igualdade entre os trabalhadores: 41.6% são solteiros e há o mesmo percentual para os casados. Alguns trabalhadores já têm famílias constituídas sendo responsáveis pela subsistência da mesma. E, entre os homens não há nenhum caso de divórcio, enquanto que entre as mulheres 23% já experimentaram esta situação de vida.

Em relação à faixa etária, no Gráfico 3, observa-se que entre os enfermeiros (66.6%) e entre os auxiliares de enfermagem (60%), a faixa etária que predomina é acima de 40 anos, enquanto que a maioria dos técnicos de enfermagem (66.6%), está na faixa etária abaixo dos 40 anos.



Em relação ao tempo de formação profissional e o tempo de trabalho na enfermagem dos sujeitos do estudo, apresentado no Gráfico 4, observa-se que 52% estão formados há menos de 10 anos, enquanto que 53% trabalham na enfermagem há menos de 10 anos e 17% há mais de 20 anos.

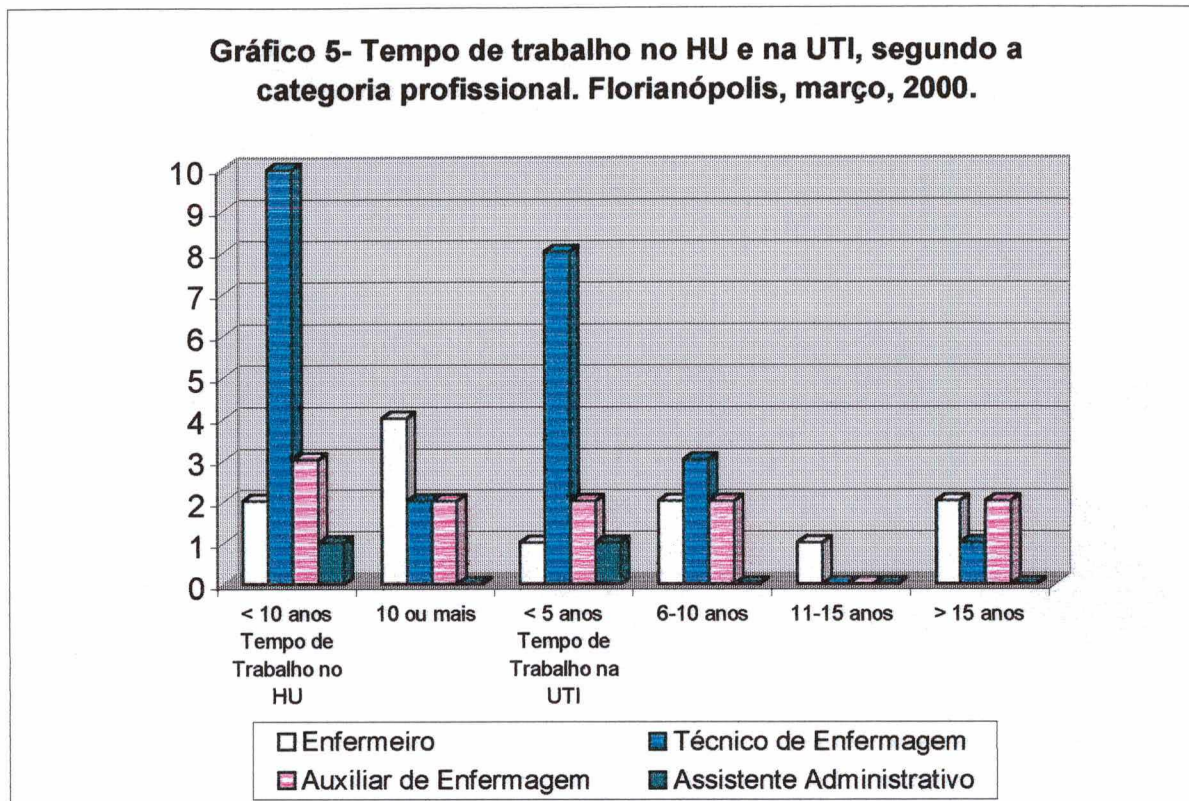


Entre os trabalhadores, dois iniciaram suas atividades na enfermagem sem qualificação específica (Atendente de Enfermagem) e se profissionalizaram posteriormente. Um trabalhador mudou de função, iniciou sua vida profissional como Técnico de Enfermagem e hoje atua como enfermeiro. Pode-se dizer que, tanto o tempo de formado quanto o tempo de trabalho na enfermagem, confere ao grupo estudado uma experiência nas atividades de enfermagem.

Dos trabalhadores participantes do estudo, 75% trabalham na UTI há menos de 10 anos. Entre os que trabalham há mais de 10 anos na instituição, 22% estão atuando na UTI há mais de 16 anos. Observa-se que 66.6% dos técnicos de enfermagem que trabalham na UTI, exercem suas atividades neste setor há menos de cinco anos.

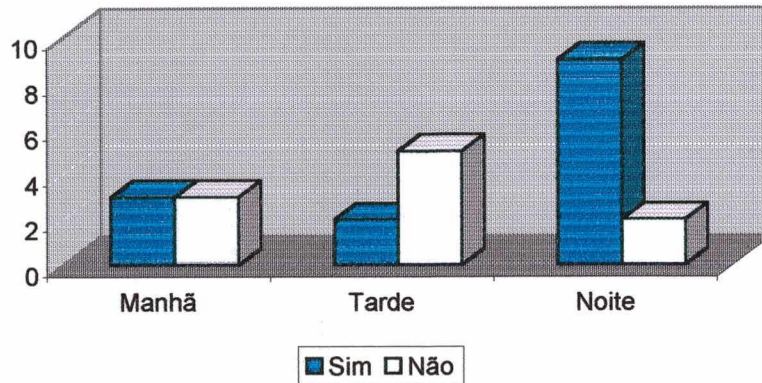
Os dados evidenciam também, de acordo com o Gráfico 5, que os sujeitos do estudo possuem uma experiência profissional significativa dentro da instituição hospitalar e também na UTI, o que pode favorecer a acomodação dos mesmos em relação "aquilo que vêem, percebem, escutam e, principalmente, sentem com relação ao seu processo de

trabalho" (Beck, 2000: 112). Em contrapartida, a experiência desses sujeitos neste setor pode favorecer uma melhor qualidade assistencial e, para o investigador, uma aproximação à realidade das vivências cotidianas dos trabalhadores.



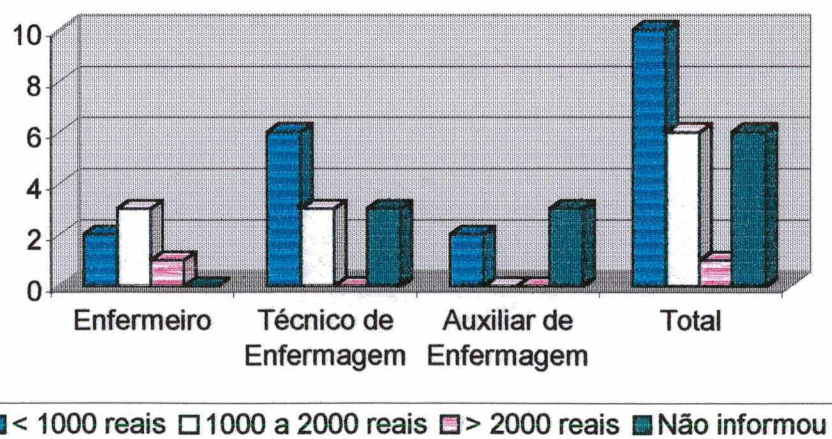
No Gráfico 6, observa-se a condição de duplo emprego, segundo o turno de trabalho dos participantes do estudo. Os dados revelam que 58.33% dos trabalhadores possuem outro vínculo empregatício. Dos que possuem outro emprego (14), mais de 60%, trabalham no período noturno. Isso pode indicar maior cansaço físico e mental nestes trabalhadores, como também, alterações no ritmo biológico, pois, geralmente quando terminam seu plantão noturno de 12 horas, seguem para mais uma jornada de 6 ou 12 horas em outra instituição.

Gráfico 6- Duplo vínculo empregatício dos trabalhadores de enfermagem da UTI, segundo o turno de trabalho. Florianópolis, março, 2000.



O Gráfico 7 representa as informações de alguns sujeitos do estudo referente a renda salarial mensal, proveniente de um ou mais empregos. Dos que informaram, 59% possuem uma renda inferior a R\$1000,00 (mil reais), 35% recebem entre R\$1000,00 e R\$2000,00 (mil e dois mil reais) e somente um trabalhador (6%) recebe mais de R\$2000,00 (dois mil reais). Fica evidente a assimetria salarial, mesmo dentro de uma mesma categoria, especialmente entre os enfermeiros.

Gráfico 7- Salário dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional. Florianópolis, março, 2000.

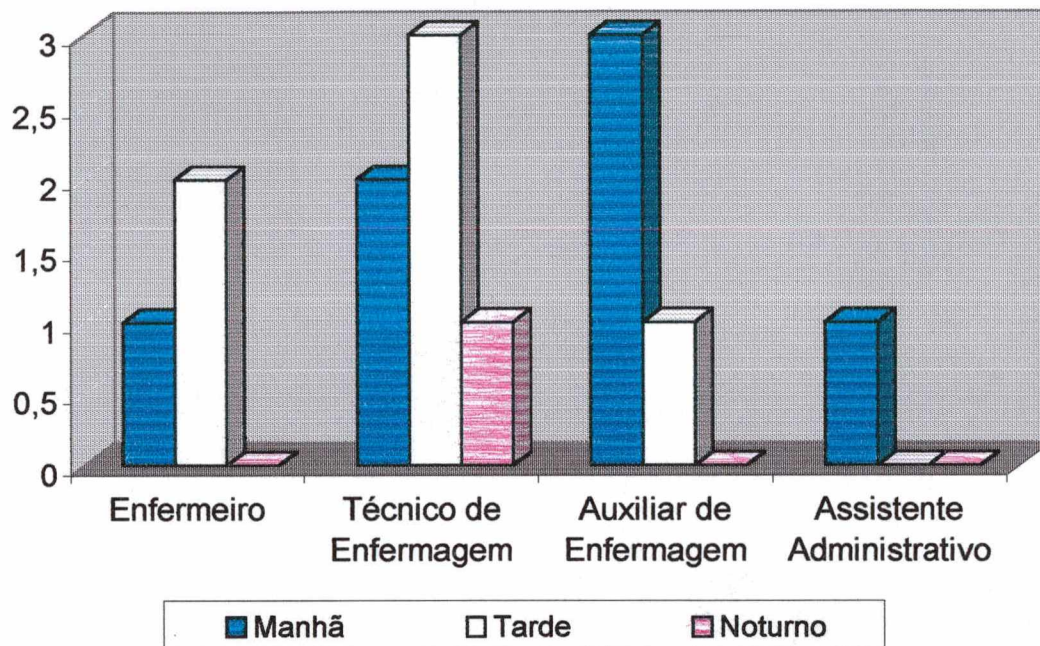


Apesar dos baixos salários da grande maioria da população brasileira e especificamente aqui, dos trabalhadores da enfermagem, em nenhum momento este fato foi apontado pelos mesmos como fator gerador de sofrimento. Em contrapartida, os baixos salários ocasionam a dupla ou até a tripla jornada de trabalho, o que poderia ocasionar uma renda melhor. Mesmo assim, percebe-se que a renda é muito baixa, especialmente para aqueles que tem dupla jornada. Vale ressaltar que a frequência maior de dupla jornada ocorre entre os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Em um estudo feito por NaKao e colaboradores (1986:82), sobre os fatores que contribuem para que os trabalhadores de enfermagem desempenhem suas funções em duas unidades de saúde, foi destacado que "a precariedade da remuneração salarial no Brasil, para essa categoria de pessoal, é um fato, haja vista que mesmo o indivíduo com dois empregos, privado de lazer e do convívio familiar, não atinge um salário que lhe dê condição satisfatória de vida". Esta situação de precariedade salarial ainda é encontrada pela quase totalidade dos trabalhadores de enfermagem nos dias atuais.

Participaram do terceiro momento da coleta de dados, "**grupo focal**", 15 sujeitos dos que haviam estado no primeiro momento, representando 62.5% e 45.4% do total de trabalhadores da UTI, o que caracteriza este estudo como representativo desta realidade. Houve a participação dos trabalhadores dos diversos turnos, embora com maior representatividade os que trabalham no período diurno, a saber, de acordo com a categoria profissional, conforme o Gráfico 8.

Gráfico 8 - Participantes do terceiro momento da coleta de dados, segundo a categoria profissional e o turno de trabalho. Florianópolis, março, 2000.



PARTE 2 - Em que situações o prazer se manifesta e se torna aparente

Neste momento teço algumas considerações acerca dos dados encontrados através do questionário aplicado e/ou dos encontros realizados, procurando interpretá-los de acordo com meu ponto de vista e sob a luz de outros autores.

Durante o processo desencadeado neste estudo, procurei maneiras de conhecer como o prazer é manifestado e vivido pelos trabalhadores de enfermagem no cotidiano do seu trabalho. Nos encontros realizados foi percebida, através da observação e das falas dos trabalhadores, a manifestação do prazer em vários momentos do processo de trabalho.

O homem está inserido em uma era histórica, caracterizada por uma evolução muito rápida, principalmente pelo acesso mais rápido aos meios de comunicação. Esse processo mais acelerado, caracterizado principalmente pela globalização dos conhecimentos, deve propiciar ao homem mecanismos para desenvolver a sabedoria e dirigir seus atos, concretizando, assim, suas realizações pessoais e profissionais e não ocasionando sua destruição. À medida que o homem aprende a aplicar sua compreensão do mundo para a realização de finalidades práticas, ele amplia e aumenta sua capacidade de criar, pensar e inovar. Assim, o

"conhecimento não mais consiste em um manuseio do homem e da natureza como forças opostas, nem na redução de dados a uma simples ordem estatística, mas é um meio de libertar a humanidade do poder destrutivo do medo, apontando o caminho para a meta da reabilitação da vontade humana e do renascimento da fé e da confiança na pessoa humana" (Fromm, 1987:15).

Quando o trabalho possibilita a re-criação do homem, tornando-o satisfeito para realizar determinada atividade, pode-se então propiciar e/ou preservar o prazer no trabalho. Caso contrário, quando se dissocia o prazer no momento da execução, podemos gerar ou desencadear o sofrimento físico e emocional no trabalho. Contudo, a "satisfação irrestrita de todos os desejos não é conducente ao bem-estar, nem é via para a felicidade ou mesmo para o máximo prazer" (Fromm, 1987: 24). Em algumas situações, é até necessário que aconteçam os chamados "desajustes" no trabalho, para que o homem/trabalhador possa então se superar, no sentido de recriar outros mecanismos favoráveis e/ou compensatórios para a realização de seu trabalho.

Vivemos em uma sociedade de homens insatisfeitos e porque não infelizes, solitários, depressivos e descontentes, que se dizem felizes quando se encontram ociosos, quando não usam adequadamente o tempo disponível. Estes fatos, muitas vezes, contribuem para que a valorização do trabalhador se dê em escala maior ao seu êxito pessoal e não a sua responsabilidade social. Acredito, também, que somos responsáveis por nossa situação social, intelectual, cultural, ética e moral, devendo assim, conquistar nosso espaço no

mundo, "correr atrás" das coisas em que acreditamos serem importantes e necessárias para a vida e para o trabalho.

Os sonhos fazem parte da vida e representam, muitas vezes, a direção ou rumo que traçamos individual ou coletivamente. Sendo assim, para a concretização de nossos sonhos; torna-se necessário o desejo, a vontade, a garra, as batalhas ou lutas travadas diariamente, pois só assim será possível torná-los de fato uma realidade, mesmo que, muitas vezes, realidades passageiras.

Apresento, no diagrama abaixo, as categorias que emergiram neste estudo, referentes aos fatores de prazer presente no trabalho da enfermagem em UTI, cuja finalidade é ilustrativa. Acrescento que estes dados são provenientes dos questionários supervisionados, como também dos encontros com o grupo.

Diagrama 1 - Manifestações do prazer no trabalho, segundo os sujeitos do estudo. Florianópolis, março, 2000.



A partir de agora, analiso, separadamente, as categorias evidenciadas no estudo referentes à manifestação do prazer no trabalho, conforme segue.

4.2.1 A recuperação do indivíduo hospitalizado

O que define a finalidade de qualquer trabalho é o objetivo final deste, a transformação desejada, seu produto final. Para alcançar estes objetivos finais, torna-se necessário a utilização de inúmeros instrumentos de trabalho. Na enfermagem, e para estes trabalhadores, ver o sujeito hospitalizado se recuperando dos desequilíbrios presentes em seu processo de saúde-doença, que ocasionou a hospitalização na UTI, é motivo de prazer. Saber que, de algum modo, contribuiu através do cuidado gratifica-lhes e proporciona-lhes recompensa emocional.

Dadas as características do trabalho humano, de produção constante, o relacionar-se com outras pessoas e a recuperação do ser hospitalizado estão vinculados ao valor humano atribuído ao trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo em que a subjetividade no momento de criação e transformação, peculiar de cada sujeito trabalhador, materializa-se na ação concreta do seu fazer. Razões pelas quais deve ser necessário proporcionar ao trabalhador mecanismos inteligentes e humanos para a sua criação. Algumas falas refletem a manifestação do prazer em relação à recuperação do sujeito hospitalizado:

"Teve um paciente com queimadura que saiu super bem da UTI, porque nós fizemos um bom trabalho" (T2¹);

"Quando um paciente fica de dois a três meses na UTI e consegue sair bem. Isso é muito bom" (T3);

"Acho que o objetivo do meu trabalho é fazer com que as pessoas que aqui entram, saiam, e quando isso acontece é claro que você sente prazer" (T4);

"É bom tu chegar aqui e ver aquele paciente de uma hora para outra começando a melhorar e a gente depois ver ele sair. Isso é bom para a gente" (T5).

¹ "T" é utilizado para identificar o trabalhador participante do estudo.

Estas manifestações podem ser interpretadas como *recompensa* pelo trabalho realizado, não material, mas a que enche a alma de prazer ao ver seu objeto transformado, quer dizer, o projeto arquitetado concluído. O trabalho feito com prazer pode, em maior escala, propiciar ao sujeito trabalhador uma qualidade diferenciada em sua transformação, pois entendo o trabalho de acordo com a perspectiva de Marx, como "o modo como o homem transforma a natureza e, portanto, transforma a si mesmo" (Enguita, 1993:105). Por isso, é preciso dar ao trabalhador espaços para a criação, impulsionando-o dentro de uma relação dialógica e em condições adequadas de trabalho. Assim, o prazer pode ser manifestado, provocando um sentimento de leveza na alma, de realização do ego, de felicidade e gratidão.

4.2.2 Realização de técnicas de enfermagem (cuidados) para o sujeito hospitalizado

Na enfermagem, a valorização do profissional sempre foi atribuída a sua destreza manual, habilidades em realizar as técnicas com perfeição. Deste modo, estas funções eram, na sua totalidade, executadas por auxiliares e técnicos de enfermagem (os tarefeiros). Neste sentido, nos cursos de formação profissional, a técnica era vista como "o principal conhecimento do ensino de enfermagem" (Almeida & Rocha, 1989:31). O que importava era fazer as coisas certas, a técnica em si. Com o surgimento das teorias de enfermagem, começou-se a buscar novas formas de realizar o trabalho, procurando torná-lo o mais humano e participativo possível, possibilitando a sua ampliação. Eis a opinião de alguns trabalhadores em relação ao tema:

"Aliviar as dores e desconfortos dos pacientes com o meu trabalho é gratificante" (T3).

"Quando você fica trabalhando sem parar, fazendo medicações, aspirando, massageando, controlando a pressão ... de repente o paciente começa a reagir a estes cuidados. Te deixa feliz" (T7).

"É gostoso, é prazeroso a própria técnica que a gente faz. Você fazer uma coisa no paciente e ver tudo organizado, bonito. Você ver que o seu trabalho deu algum resultado bom para o paciente" (T8).

"Quando posso fazer os procedimentos com calma e cuidadosamente e com uma boa dose de carinho como quando vou dar um banho no leito" (T9).

Para estes trabalhadores a realização do cuidado transcende o apenas executar a tarefa em si. Percebe-se uma inclinação gratificante ao realizar a atividade, mas não é o que determina o prazer, pois o cuidado ultrapassa a técnica, está embebido de uma humanidade - própria do trabalho da enfermagem, especialmente praticado por mulheres - que, ao mesmo tempo em que lhes permite colocar em prática seus talentos, potencialidades e habilidades (a objetividade da ação), também proporciona um *entrar* em sua subjetividade, tornando este cuidar mais completo.

Reconstruir o prazer de viver e trabalhar começa com o exercício de tornar-se o regente da própria vida, resgatando os sonhos e transformando obstáculos em oportunidade de aprendizagem. Almeida (1997:23), falando a respeito do processo de trabalho, coloca como sendo "o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade"

4.2.3 O reconhecimento do trabalho realizado

Neste item, procuramos verificar o reconhecimento do trabalho realizados tanto pelo sujeito que esteve hospitalizado na UTI e sua família, como pelos demais membro da equipe.

A forma de execução do trabalho está diretamente relacionada à forma de organização do trabalho. Em geral, o trabalho humano é associado a uma atividade penosa e obrigatória que, quando executado, é para fins de cumprimento de deveres impostos culturalmente. Tanto que a recompensa pelo trabalho realizado passou a ser compreendida como o pagamento a um dever cumprido.

Ao realizar o trabalho, objetivando ações que visem a recuperação do sujeito hospitalizado, apoio aos familiares e colaboração com a equipe de trabalho, é latente a sua desvinculação do valor material, do salário. Ao realizar esta ruptura, os trabalhadores compreendem o verdadeiro significado do trabalho, admitem para si a transformação da natureza e a sua própria transformação, como mencionado. Os depoimentos seguintes demonstram estas reflexões:

"Uma coisa que dá muito prazer e não se faz muito é quando tu és reconhecido no trabalho" (T3);

"O reconhecimento dos outros pelo trabalho que você faz é uma coisa muito boa"(T4); "quando o paciente retorna aqui na UTI para agradecer o tratamento que recebeu" (T8).

Quando o trabalho é reconhecido pelos usuários dos serviços de saúde, pelos membros da equipe, pela instituição onde trabalha e pela sociedade, o trabalhador compreende a sua importância como cidadão e trabalhador de saúde. Percebe o quanto é grandioso e importante sua atividade e reconhece a importância da energia despendida no cotidiano. Assim, as diversidades podem ser revertidas em solidariedade e respeito, minimizando os efeitos negativos e ampliando o desenvolvimento e crescimentos individual e coletivo. Em contrapartida, quando não ocorre o reconhecimento, quando este passa despercebido e é indiferente ou negado pelos outros, acarreta sofrimento. Segundo Dejours (1999:34), "o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho".

Pode-se dizer que, quando o trabalho é reconhecido, reconhece-se os esforços e as angústias. Portanto, nada foi em vão, pois o sujeito, além de contribuir para a organização do trabalho, tornou-se diferente daquele que era antes do reconhecimento. Conforme Dejours (idem), "isso se traduz afetivamente por uma sensação de alívio, de prazer, às vezes de leveza d'alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego".

A categoria de reconhecimento pelo trabalho realizado, também foi referida na pesquisa feita por Lunardi Filho (1995: 108), corroborando com os achados deste estudo, em que o autor coloca que "ser reconhecido e valorizado pelo trabalho realizado, assim

como os comentários positivos acerca do mesmo, as demonstrações de agradecimento e de reconhecimento partindo dos pacientes e familiares, dão muito prazer". Neste estudo, parece que este reconhecimento é muito mais manifestado pelos sujeitos hospitalizados e seus familiares do que pelos membros da equipe ou da própria instituição.

O reconhecimento pode ser interpretado, também, como uma forma de avaliação positiva sobre seu trabalho, deste modo contribuindo para o crescimento profissional e pessoal. Um dos motivos apontados pelos trabalhadores, mesmo que em menor escala, e que gera sofrimento nestes, é a pouca valorização dada à importância do seu trabalho por alguns membros da equipe, principalmente o enfermeiro. Assim, "manifestam a percepção, também, de que parece que os próprios elementos da equipe de enfermagem não valorizam o trabalho do outro" (Lunardi Filho, 1995:109).

Foi observado que, em nenhum momento, os trabalhadores relacionaram a recompensa financeira, o salário pago pelo trabalho realizado, como um fator de valorização pessoal e profissional ou como alguma forma de reconhecimento. Este fato, no entanto, foi referido por Lunardi Filho (1995:111), em que todos os entrevistados:

"consideram o salário muito pouco, péssimo até, pelo tipo de atividade e pela responsabilidade que tem. Enfatizam que o salário é um motivo de sofrimento por não corresponder ao esforço despendido pelo trabalhador da área e por traduzir a falta de valorização do trabalho. Percebem o salário como gerador de desânimo e extremamente injusto, devido às restrições que impõe à vida particular".

4.2.4 Harmonia no ambiente de trabalho

Pretende-se aqui tecer algumas considerações sobre o ambiente no qual o trabalhador realiza suas atividades e as repercussões deste sobre o indivíduo.

Um ambiente de trabalho prazeroso, harmonioso, pode ser construído com a interação² dos indivíduos que constituem um grupo de trabalho. Conflitos e tensões podem existir em qualquer momento ou em determinada situação, no entanto, quando o grupo tem como meta a interação de seus membros, pode-se trabalhar as situações adversas de forma respeitosa. O trabalho da enfermagem na UTI, envolve perdas e frustrações, porém, se o espírito do trabalho em equipe for preservado, este ambiente pode ser um local com equilíbrio energético propício a todos.

Em alguns momentos, os trabalhadores referem-se ao fato de que a interação dos membros influencia diretamente na realização do trabalho, sendo que esta influência pode ser positiva (prazer) ou negativa (sofrimento). Os dados apontam para a relação da equipe como principal geradora de interferências na harmonia do ambiente de trabalho, o que contraria os achados de Lunardi Filho (1995:113), em que a maioria dos trabalhadores entrevistados pelo autor fazem referência às condições ou estruturas físicas das unidades: "como causadoras de um desgaste físico muito grande, traduzindo-se em sofrimento, não só físico como mental".

Não podemos considerar, entretanto, um ambiente de trabalho harmônico apenas quando a equipe interage de forma satisfatória. Um ambiente harmônico deve ser considerado, também, como aquele que não coloca em risco a saúde de seus trabalhadores e clientela e oferece as condições mínimas de segurança para a realização das atividades específicas de cada trabalhador em determinada área ou setor. Para termos um ambiente de trabalho harmônico é necessário atentarmos para alguns requisitos fundamentais e legais que viabilizem condições dignas e humanas suficientes para que o trabalhador e os sujeitos hospitalizados/familiares não sofram riscos ou danos.

Bulhões (1998) ao explicitar os riscos no ambiente de trabalho, coloca que estes podem estar: **ocultos** devido ao inadequado conhecimento e/ou ausência de responsabilidade; **latentes**, em situações de emergência onde as condutas de trabalho favorecem a isto, mesmo o trabalhador estando consciente destes fatos; e, **reais**, quando todos percebem e conhecem, mas não há possibilidades de controle, seja pela inexistência

² Interação é aqui definida como uma "ação social, mutuamente orientada, de dois ou mais indivíduos em contato. Distingui-se da mera interestimulação em virtude de envolver significados e expectativas em relação

de solução, escassez de recursos financeiros ou omissão das políticas de saúde vigentes. A autora (1998: 43-44) cita algumas medidas necessárias para a prevenção e a manutenção da saúde do trabalhador, com base no estudo feito por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- "Identificar e combater, nos locais de trabalho, todos os fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos e psicossociais de reconhecida ou suposta nocividade;
- Conseguir que o esforço físico e mental exigido de cada trabalhador para o exercício de sua profissão esteja adaptado a suas aptidões, necessidades e limitações anatômicas, fisiológicas e psicológicas;
- Adotar medidas eficazes para proteger os trabalhadores especialmente vulneráveis as condições prejudiciais do ambiente de trabalho, reforçando sua capacidade de resistência;
- Descobrir e corrigir condições de trabalho danosas à saúde dos trabalhadores, a fim de conseguir que a morbidade geral dos diferentes grupos profissionais seja inferior a do conjunto da população;
- Educar empregados e empregadores no cumprimento de suas obrigações, no que diz respeito a promoção da saúde"

Cumprindo-se estes princípios, possibilitando e/ou favorecendo a interação contínua da equipe, somam-se condições essenciais para preservar a harmonia que os trabalhadores dizem já existir em seu ambiente de trabalho, como as que seguem abaixo:

"Você tem que estar num ambiente bom, acho que o ambiente influi no teu trabalho. Você pode estar num dia ótimo, de repente o ambiente está ruim, você também fica ruim"(T5).

"Quando você chega aqui na UTI que o ambiente está gostoso, alegre, é bom ficar aqui. Agora quando você chega e tem um olhando atravessado é ruim trabalhar. Quando você chega e está todo mundo alegre, brincando, sorrindo, é gostoso trabalhar. Você até chega em casa feliz"(T7).

Nesta discussão inicial, em que o prazer é percebido e vivenciado no trabalho da enfermagem em UTI, é possível perceber a importância do mesmo. Um trabalho gerador de prazer possibilita situações positivas, envolve a equipe, torna seus trabalhadores mais

às ações de outras pessoas. Podemos dizer que a interação é a reciprocidade de ações sociais" (Lakatos, 1990:

criativos, favorece o uso das potencialidades de cada ser e torna latente o sentimento de utilidade e importância social deste trabalho. Preservar estas situações é primordial para o exercício profissional e crescimento humano, pois é praticamente impossível nos dias atuais conceber a realização de um trabalho mecanicista, rotineiro e inexpressivo, um trabalho que vise apenas o lucro ou pagamento, podendo, assim, as potencialidades de seus executores.

PARTE 3 - Em que situações o sofrimento se manifesta e se torna aparente

Na fundamentação teórica deste estudo, quando definiu-se alguns conceitos imprescindíveis na orientação de todo o processo de conhecimento, debruçou-se apenas sobre os conceitos de prazer e sofrimento. No entanto, durante a fase de coleta de dados e análise dos resultados, o termo **desprazer** foi referido inúmeras vezes pelos trabalhadores, com uma conotação diferente da do sofrimento. Neste item, então, faremos algumas reflexões acerca deste termo, procurando descrever o seu significado com base em algumas citações dos trabalhadores.

O **desprazer** é aqui compreendido como a ausência do prazer no momento da execução de atividades exigidas no processo de trabalho. Está intimamente relacionado com a realização de atividades desagradáveis e/ou desgostosas, as quais o trabalhador realiza por dever, imposição e obrigação, ou seja, desprovidas de sentimentos. As atividades que geram nos trabalhadores o desprazer, segundo os mesmos, não desencadeiam necessariamente o sofrimento, pois não há uma relação afetiva permeando suas ações. Conforme algumas colocações a esse respeito,

"O que me dá desprazer é fazer higiene oral. Eu faço, mas não gosto. Se eu não fizer vão me cobrar esta atividade. Sempre que posso peço para um colega fazer. Às vezes, troco por outra atividade que me proporciona mais satisfação. Quando tenho que fazer, faço. Não quer dizer que sofro com isso. Sinto só desprazer."(T9)

"Para eu fazer tamponamento [preparar o corpo após a morte] é um desprazer, mas eu faço e não me causa sofrimento."(T11)

"Uma coisa que me dá desprazer é fazer hidantal direto na veia. Ficar sentada durante 10 ou 15 minutos fazendo aquilo. Para mim é a pior coisa para fazer. Não gosto muito de fazer. Dá desprazer mesmo."(T12)

Estes depoimentos parecem evidenciar que o desprazer emerge quando o sujeito trabalhador não está envolvido afetivamente com o indivíduo para o qual realiza algum tipo de cuidado. Considero estas situações frágeis e inquietantes do processo de trabalho, pois, apesar do trabalhador não gostar de executar determinadas atividades, deve mostrar competência e controle emocional ao fazê-las, buscando atender as exigências requeridas pela organização do trabalho. Quando as situações de desprazer são ignoradas ou mesmo banalizadas pelos trabalhadores, podem contribuir de algum modo, inconscientemente ou não, para que o sofrimento seja gerado, dificultando assim, a realização de um trabalho prazeroso. Parece que os trabalhadores criam defesas contra o sofrimento, que podem ser sutis a ponto de os mesmos não perceberem suas atitudes frente a determinadas situações. Muitas vezes, porém, podem correr o risco de distanciarem-se daqueles a quem assistem, ignorando o sofrimento, para poderem enfrentar a jornada tão penosa.

Creio ser oportuno discutir aqui, embora não de forma exaustiva, a questão do pensar e do fazer no trabalho da enfermagem. Se o pensar e o fazer estão assimetricamente colocados no desenlace do processo de trabalho, é possível que as situações colocadas pelos sujeitos do estudo desvalorizem determinado procedimento habitual na prática do cuidado de enfermagem. Neste sentido, como assinalado anteriormente, buscar mecanismos de aglutinação que viabilizem certos "gostos" do trabalhador na execução de seu trabalho não é, na minha opinião, banalizar a organização do trabalho, mas permitir ao trabalhador colocar-se sempre numa perspectiva dialógica.

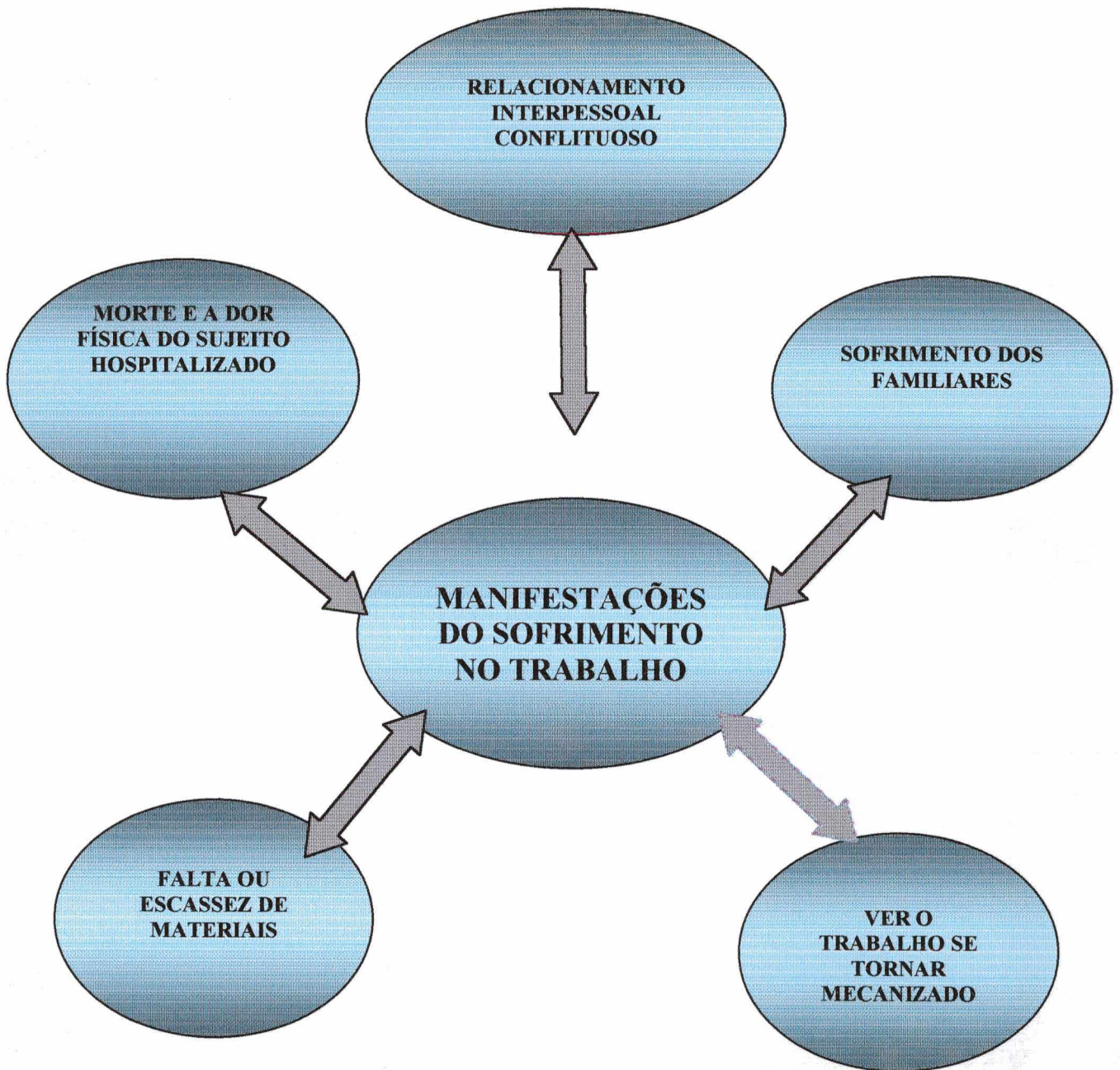
Por que, então, não se pode discutir os gostos, as preferências e atividades que trazem prazer ao trabalhador? A oportunidade deve ser posta, compartilhada e refletida para que o ambiente, a finalidade do trabalho e os objetivos a serem alcançados sejam prazerosamente construídos. É importante, também, assinalar neste momento que há um problema, que é político e ideológico. Estou falando da forma como o Estado, as Instituições de Saúde, percebem o trabalhador. Para o Estado, o trabalhador é o que menos importa, quase sempre

é escanteado, basta ver quando o trabalhador organizado reivindica melhores condições salariais.

Podemos imaginar como seria a discussão sobre os fatores que interferem no processo de trabalho cotidiano? Na própria saúde, quase sempre, os dirigentes "voltam as costas" especialmente para a enfermagem que, embora nas últimas décadas tenha avançado em sua organização política, não tem se rebelado contra as péssimas condições de trabalho, materializada em jornadas extensivas e recursos escassos, tanto humanos quanto materiais, tecnologias não apropriadas para o desenvolvimento do trabalho no dia a dia de um hospital. Por exemplo, há entre os componentes da equipe de enfermagem uma certa mesquinhez no trato com as pessoas da própria equipe de trabalho. Esta última questão, como veremos mais adiante, é apontada pelos sujeitos do estudo como um dos fatores que mais lhes causam sofrimento.

Apresento, a seguir, o diagrama das categorias que emergiram após a análise dos dados e que representam os fatores de sofrimento no trabalho.

Diagrama 2 – Manifestações de sofrimento no trabalho, segundo os sujeitos do estudo. Florianópolis, março, 2000.



4.3.1 Relacionamento interpessoal conflituoso

Considero que a própria divisão social do trabalho pode ser apontada como uma das causas de conflito em um grupo de trabalho. Ocorre uma rivalidade entre indivíduos que "ocupam" posições ou funções próximas, pois os que estão em uma escala inferior na hierarquia querem melhorar sua situação, e os que estão em escala superior querem conservar sua posição. Esta rivalidade ocasiona a disputa para garantir determinados *status* social e individual e, neste sentido, afasta cada vez mais os sujeitos, principalmente porque as diferenças individuais, a busca incansável para aprimorar suas habilidades e capacidades faz com que cada um busque definir uma posição cristalizada no grupo e não o contrário, em que cada um, com sua competência, traz para o grupo a sua contribuição.

Um grupo de trabalho é compreendido como uma coletividade de pessoas sociais "que desempenham papéis recíprocos, segundo determinadas normas, interesses e valores sociais, para a consecução de objetivos comuns" (Fichter, 1973:140). O grupo também deve possuir interesses e valores comuns, como uma finalidade social e cada membro deve desempenhar papéis individuais que garantam a cada um uma participação determinada. A característica fundamental para ser um grupo é a interação entre os membros, como também o estabelecimento de algumas normas de comportamento para guiar as ações dificultando, assim, o conflito de papéis ou funções.

Lakatos (1990:117), classifica os grupos em relação a sua origem como grupos "contratuais ou voluntários", cuja formação é preestabelecida com uma finalidade determinada, possuindo normas e leis que regulamentam seu funcionamento. No caso da enfermagem, a composição de um grupo de trabalho para exercer determinadas funções, procura sempre a realização dos cuidados de enfermagem ao homem, família e sociedade. Cada profissional deve realizar suas funções com base na lei do exercício profissional e de acordo com o código de ética. Quando não há o respeito ou o comprometimento de alguns

membros do grupo para seguir estas normas estabelecidas, os conflitos podem surgir, dificultando a interação entre os membros.

Uma outra classificação apontada por Lakatos (1990:117), diz respeito à estrutura dos grupos, que podem ser "difusos" e "organizados". O grupo difuso não possui uma organização definida e, em alguns momentos, os padrões de comportamentos podem determinar as ações dos membros; já o grupo organizado, segue regras/normas/leis preestabelecidas.

O grupo de trabalhadores de enfermagem poderia ser então classificado, como um grupo organizado, que trabalha de acordo com as leis e normas vigentes, sendo estas em relação ao exercício profissional, como também às normas da instituição. No entanto, em algumas situações, o padrão de comportamento de alguns membros sobressai, surgindo o autoritarismo e, conseqüentemente, a subordinação, gerando os conflitos de papéis. Acerca destas situações, há algumas colocações dos trabalhadores:

"Eu acho muito instável o relacionamento, tanto da parte médica, quanto da parte da família, porque esta é algo desconhecido para nós, a gente não sabe como ela vai nos receber. E com os colegas também, porque varia muito de dia para dia. Tem dias que estão todos muito bem, tem dias que estão todos muito mal, tem dias que estão todos mais ou menos. Então o nosso relacionamento é bem instável, a gente chega aqui sem saber o que vai encontrar todos os dias"(T2).

"Quando tu não tens uma equipe unida, um enfermeiro que não pega junto, fica bem mais difícil, cria um bloqueio "(T5).

"Eu acho que, às vezes, falta cumplicidade como, por exemplo, tem gente que tem mais iniciativa, outras pessoas não tem, quer dizer, elas tem a iniciativa, vêem as coisas, mas ficam assim ... ficam indiferentes e outras pessoas não. Outras vêem as coisas que estão acontecendo, e não ficam indiferentes a isso, incomoda, ai elas vão tomar uma atitude. Isso é muito irritante [a indiferença] para mim. Porque se você está vendo uma pessoa que está precisando de auxílio, você vai lá e ajuda. Não precisa dizer 'o fulano de tal, vem aqui'. Tem muitas pessoas que não demonstram essa iniciativa, isso é ruim" (T5).

"Acho que, às vezes, a enfermeira deixa de fazer a sua parte, para fazer a parte do médico. Então eu acho também, que tem atropelos nos papéis de cada um"(T7).

O trabalho da enfermagem é caracterizado pelo trabalho em equipe e, na sua composição, encontramos diferentes formações e níveis culturais. Isto demonstra a

variedade de pensamentos, atos e opiniões que constituem esta equipe. Seja qual for nossa área de atuação e tarefa que desempenhamos, sempre somos influenciados pelos valores, personalidade, visão, condições sociais e compreensão do mundo em que vivemos. Deste modo, é comum num trabalho realizado em equipe, o surgimento de alguns conflitos e diferenças. As diferenças nem sempre devem ser vistas como ruins, pois em muitas situações podem contribuir para o crescimento do grupo e para novas reflexões. As diferenças individuais "podem ser consideradas intrinsecamente desejáveis e valiosas, pois propiciam riqueza de possibilidades, de opções para melhora - e piora - maneiras de reagir a qualquer situação ou problema" (Moscovici, 1997:37).

Em muitas situações, os antagonismos existentes podem ser a fonte geradora de conflitos em uma equipe. Ao meu ver, estes devem ser discutidos e compartilhados para melhorar a integração do grupo, torná-lo o mais homogêneo possível. Conforme, Moscovici (1997:42), "o conflito, em si, não é patológico nem destrutivo. Pode ter conseqüências funcionais e disfuncionais, a depender de sua intensidade, estágio de evolução, contexto e forma como é tratado". O conflito pode ser considerado também, gerador de momentos de reflexões, prevenindo o marasmo do grupo.

Acredito que a partir do momento em que um grupo de trabalho tem seus objetivos bem definidos, as metas ficam mais fáceis de serem alcançadas e "para que haja transformações, é lento, difícil, penoso, porém, não é impossível, desde que as pessoas estejam efetivamente envolvidas" (Capella, 1996:118). E, ainda,

"necessitamos refletir quais são nossos verdadeiros papéis enquanto atores neste mundo do trabalho. Necessitamos transitar por uma nova ética profissional, que possibilite uma consciência existencial, cultivando o valor das relações humanas mais comprometidas com o outro. É o momento de trilhar uma enfermagem que não se dá e nem se faz no isolamento, mas compartilhada com todos os sujeitos envolvidos" (Olivo, 1998:5).

4.3.2 A morte e a dor física do sujeito hospitalizado

Se retrocedermos no tempo, para analisarmos as diversas culturas e civilizações antigas, veremos que o homem sempre abominou a morte e com certeza sempre a repelirá. Isto "é bastante compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que, em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos" (Kubler-Ross, 1985:14). Em nossa sociedade a morte é caracterizada como um acontecimento pavoroso, tenebroso, sofrido, feio.

A morte é intimamente relacionada a um acontecimento até certo ponto esperado dentro do ambiente hospitalar e da UTI, que gera sofrimento aos trabalhadores. Pelo fato da morte envolver ou ocorrer com indivíduos estranhos, deveria impressionar pouco, no entanto, perturba pois faz lembrar que todos são mortais. Os mecanismos desencadeados na manutenção e garantia da vida dos sujeitos hospitalizados trazem à tona sentimentos de culpa, de perda, de impotência ou incapacidade. Inclusive, o que é transmitido sempre nos cursos de formação profissional refere-se a função principal de "zelar pela vida", e de preparo para cuidar da vida e nunca da morte.

Em nossa sociedade, a morte pode ser vivenciada de várias formas, como por exemplo, um castigo, uma injustiça, o alívio para determinado sofrimento de ordem física ou emocional. Para muitos, a morte envolve certos mistérios e o modo como é interpretada pode estar relacionado às crenças religiosas, aos hábitos, ao estilo de vida ou, ainda, às experiências anteriores de cada ser.

Ao se tratar da fragilidade perante à morte a que estão expostos os sujeitos hospitalizados e seus familiares, ficou evidente também a fragilidade dos trabalhadores de enfermagem, que nem sempre estão preparados emocionalmente para lidar com as várias situações do dia a dia, expressando diante desta situação que:

"Uma coisa que me deixa muito triste é quando não se consegue salvar uma vida. Às vezes, sei que é impossível. Procuo não pensar muito sobre isso" (T7).

"Quando morre um paciente jovem, sofro muito" (T10).

"Sofro com a morte iminente de pacientes jovens, se luta, luta e não se dá a volta. É necessário ter muita espiritualidade para superar" (T11).

"A perda das pessoas. Parece que não conseguimos vencer certos desafios e sermos vitoriosos. Às vezes, não gosto de pensar ou falar sobre isso" (T15).

Talvez o fato de não pensar ou querer "fugir" seja um escudo destes sujeitos para posteriormente não sofrerem. Segundo Kubler-Ross (1985:19), existem "muitas razões para fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é muito solitário, muito mecânico e desumano".

No entanto, estes trabalhadores expõem seus medos e suas intimidades em busca de respostas e ajuda. Talvez realizar atos mecânicos em alguns momentos seja uma postura defensiva, uma fuga das ansiedades sentidas por estas pessoas, um modo de não pensar muito sobre tudo que acontece em seu trabalho. Os trabalhadores de enfermagem, necessitam também aprender a conviver com as perdas, com a morte dos sujeitos e entender que a morte é um momento natural da vida e também uma certeza. Quando formos grandes o bastante para perceber que "nossa onipotência não é tão onipotente assim, que nossos desejos mais fortes não tem força suficiente para tornar possível o impossível, desaparece o medo de ter contribuído para a morte ... e por conseguinte, some a culpa, o medo permanece subjacente, mas só quando não for fortemente despertado" (Kubler-Ross, 1985:15).

Neste estudo, os vestígios da morte, podem ser e foram fortemente observados nas expressões faciais dos trabalhadores de enfermagem, quando algum sujeito hospitalizado morria. Atitudes de indignação, revolta e raiva foram verificadas como, também, euforia, sorrisos e gargalhadas, o cantarolar de canções alegres e ritmadas. Em determinado momento, certo trabalhador assim se manifestou:

“ Quando a pessoa morre, vou logo preparar o corpo. Às vezes, eu canto, conto piada, chego até a conversar com o morto dizendo o que estou fazendo. Assim não me envolvo, não penso. Só me revolto é quando deixou-se de fazer algumas coisas"(T8).

Acredito que se houvesse o hábito e preparo necessário de pensar na morte e no morrer com maior frequência, seriam minimizados os aspectos negativos gerados pela morte. A diversidade de comportamento presente nos trabalhadores na vigência da morte caracteriza nosso despreparo humano e cultural sobre esta situação. Somente quando

pudermos encarar e aceitar "a realidade da nossa própria morte, poderemos alcançar a paz interior, como a paz entre as nações" (Kubler-Ross, 1985:30).

Conforme Pitta (1990:28), a "morte não mais é vista como um limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, perplexidade, até porque são concebidos separadamente pelo próprio homem". Neste sentido, cabe a nós, cuidadores, o grande papel de aprender a conviver com estas situações, pois, infelizmente, devido à gravidade dos sujeitos que se hospitalizam na UTI, a morte sempre poderá ser um acontecimento esperado. Temos que procurar viver com esta situação, transformando-a em fator de aprendizagem e crescimento pessoal, não como algo negativo do nosso trabalho.

No trabalho em saúde, aqui no ambiente hospitalar, quando um indivíduo está gravemente doente, na maioria das vezes, é tratado como alguém sem condições de opinar sobre sua situação. Outras pessoas passam a decidir sobre o que é mais "indicado" fazer no momento. Acredito que "custaria tão pouco se lembrar de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido" (Kubler-Ross, 1985:20). Pois, será que se fosse dada a oportunidade de alguns indivíduos escolherem o local para a sua morte, eles escolheriam morrer dentro do ambiente hospitalar cercado de aparelhos, drogas sedativas e analgésicas, com dietas balanceadas para suprir suas necessidades calóricas e nutricionais, cercado de pessoas estranhas, ou escolheriam o aconchego de seu lar, com seus pertences, com seus familiares e amigos lhes tocando, sentindo o cheiro e o sabor de seus alimentos favoritos, o chá caseiro para aliviar dores e propiciar tranquilidade?

Gostaria de relatar um trecho do livro de Cooper, Trammell & Lau (1997: 24-25), com o intuito de provocar algumas reflexões:

"Como adultos e profissionais, não podemos viver em uma montanha russa emocional todas as horas do dia. Mas será que você consegue reconhecer que esta moderação de sentimentos e ações enrijece muita das suas fontes mais naturais de energia? Eliminando a maioria das oportunidades de diversão, risos, atividades físicas, curiosidade, aventura e expressão emocional sem reservas, nós, adultos, estamos de fato negando a nós mesmos muitos reforços positivos de energia. Além do mais, é preciso gastar muita energia mental para reprimir a energia emocional, como quando controlamos nossa raiva. Em vez de levar a vida

revigorante, porém suficientemente descansada, de criança, muitos de nós nos prendemos em rotinas, ou a tantas responsabilidades, que a vida se torna mais exaustiva do que divertida. É de estranhar que acabemos usando estimulantes artificiais como a cafeína para nos manter de pé e o álcool para relaxar?"

Ser um bom profissional, não quer dizer ser alguém desprovido de sentimento, medo, angústia e dificuldade. Ser um bom profissional, é ser capaz de assumir suas dificuldades e ir em busca de soluções.

Refletir sobre os aspectos que envolvem a morte e o morrer, exige uma preparação gradual, para que talvez, algum dia, ela (a morte) possa ser compreendida como parte da vida. No que se refere à dor, é compreensível esta percepção sentida pelos sujeitos do estudo em relação aos sujeitos hospitalizados. Esta percepção é decorrente dos diversos procedimentos a que os sujeitos hospitalizados são submetidos tais como intubação orotraqueal, drenagem torácica, sondagem vesical e nasogástrica, punções venosas profundas e/ou superficiais, coleta de sangue arterial, além de incisões cirúrgicas. Conforme (Kimura, 1988:175), "como se sabe, a dor tem a sua origem fundamentalmente na parte física e sensível do ser, porém ela pode adquirir também uma dimensão psíquica, aumentando, em proporções diversas, o sofrimento inicial".

Sendo uma sensação manifestada freqüentemente pelos sujeitos hospitalizados, pode despertar ou desencadear nos trabalhadores lembranças de situações em que a dor foi experienciada pelos mesmos ou ainda poderá ser em algum momento de suas vidas. Assim coloca um trabalhador:

"Não gosto de ver o paciente sentindo dor. Sempre peço ao médico para prescrever medicação analgésica. Parece até que sinto a dor dele em mim"(T11).

Diante desta colocação, não quero menosprezar a atitude deste trabalhador em procurar aliviar a dor do sujeito hospitalizado com drogas analgésicas, mas percebo que podem ser acrescentados, concomitantemente com a medicação, a presença da família, a paciência e um olhar mais atencioso.

A princípio, poderia dizer que um dos modos encontrados pelos trabalhadores para minimizarem seu sofrimento perante a morte e a dor, seria o desenvolvimento de mecanismos de defesa que, segundo Pitta (1994), podem ser estruturados socialmente, na tentativa de eliminar decisões pelo ritual de realização de tarefas, rotinas, procedimentos, afastando assim seus medos e anseios. Surgem então, algumas defesas coletivas para burlarem os obstáculos presentes no trabalho, mesmo que estas defesas não sejam suficientes para afastar a angústia e a dor mental. É necessário que o trabalhador admita suas fragilidades para tentar defender-se dos efeitos penosos vivenciados no trabalho.

Pitta (1990) menciona, ainda, que a vivência cotidiana com doenças e morte, pode ocasionar impulsos primitivos nos trabalhadores, ao mesmo tempo em que a hospitalização pode desencadear sentimentos de medo e revolta nos usuários dos serviços de saúde. Estes fatores, considerados estressantes, segundo a autora, podem ter efeitos patogênicos igual aos agentes químicos, físicos ou biológicos, daí a necessidade de serem superados ou trabalhados.

Quando estivermos realmente preparados para enfrentar a morte, saberemos que este momento não é tão assustador e sofrido, mas sim, o cessar em paz do funcionamento de um corpo materializado. Pois,

"Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, neste curto espaço de tempo, muito dentre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos tecemos a trama da história humana" (Kubler-Ross, 1985:278).

4.3.3 O sofrimento dos familiares

O ambiente hospitalar, mais especificamente a UTI, é visualizado pela maioria de nossa população como um local desagradável, frio, desumano, repleto de aparelhos. Esta situação tende a ocasionar certo sofrimento nos familiares, principalmente porque ocorre neste momento, um distanciamento temporário de seu ente. Como fatores de estresse para a família podemos apontar o confinamento ao qual o sujeito hospitalizado é submetido, o afastamento do lar, a presença de pessoas estranhas para prestarem o cuidado em saúde, o conglomerado de equipamentos com sinais sonoros e luminosos desconhecidos e o próprio mito imposto culturalmente acerca deste setor. Estes fatores podem ocasionar sofrimento tanto na família como nos trabalhadores que ali desenvolvem suas funções.

Os fatores mais significativos como gerador de sofrimento, apontados pelos trabalhadores durante a realização deste estudo, refere-se à demora acentuada da equipe médica em fornecer informações aos familiares no horário previsto e à resistência da equipe em permitir o acesso dos mesmos a todas as informações. E, também, a dificuldade dos trabalhadores em interagirem e comunicarem-se mais intimamente com a família, levando-os a fugirem deste confronto. Na realidade, observa-se que há uma "burocratização" e uma relação estabelecida assimetricamente entre a equipe de saúde, especialmente a do médico, e os familiares, cabendo à enfermagem minimizar esta situação, além das dificuldades apontadas pelos trabalhadores de enfermagem em interagir ou comunicar-se com os familiares.

A dificuldade de interação/comunicação foi observada claramente durante os horários de visitas. A angústia que envolve estes trabalhadores neste momento é profunda, principalmente, quando a família mostra-se assustada com os equipamentos conectados em seu ente e preocupa-se com a sua situação de saúde. Esta dificuldade em relacionar-se com os familiares dos indivíduos hospitalizados também é referida num estudo feito por Bezerra et al (1998), em que se analisa os gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação aos familiares. Bezerra et al (1998:135), apontam que

"as trocas de informações entre o enfermeiro e a família tem função humanístico social, além de proporcionar ao familiar segurança e confiança no atendimento. Para que essas informações possam ser devidamente transmitidas, o enfermeiro deve lembrar-se que a comunicação envolve a linguagem verbal e não verbal, ou seja, que essa

se processa através de palavras, gestos, expressões faciais e movimentos do corpo".

Na enfermagem, a comunicação é um importante instrumento de trabalho e deve-se sempre encontrar os caminhos necessários para aprimorá-la. Cabe ao enfermeiro o papel inicial de se instrumentalizar e, conseqüentemente, a equipe de trabalho que ele coordena, para que possam lidar de maneira humana com os indivíduos aos quais cuidam. O repensar destas atitudes mostrará que pode haver cuidado ético na UTI, dirigido ao "homem em seu complexo existir, reconhecendo a dignidade da pessoa humana" (Corrêa, 1998: 301). Segundo alguns depoimentos:

"Eu acho errado o que acontece no horário da visita. Acaba a visita e a família fica lá fora esperando o tempo todo. As pessoas têm compromisso e ficam esperando para saber como está o pai a mãe. Tu tens interesse em saber como está teu pai, tua mãe. Você é submetido a ficar um tempão esperando lá fora. Uma coisa que poderia ser evitado. Acabou a visita, então, a equipe médica devia dar um parecer para eles de como está [seu ente], nem que sejam duas palavras mais para satisfazer a curiosidade deles, a preocupação. Colocar eles a par do que está acontecendo" (T1).

"Na hora que vem a visita, a família, a gente foge porque a gente tem dificuldade. A impressão que os outros podem pensar é que a gente não dá bola para a família, não dá bola para o doente, mas não é isso. É a dificuldade que a gente tem, digamos, de tocar em determinados assuntos, porque realmente é difícil, não é fácil" (T9).

"Mas, às vezes, a gente sofre até com a família, não é? A gente vê a família sofrendo, desabafa com a gente, a gente também fica triste. Às vezes, não sabe nem o que fazer, o que responder, sofre junto com eles"(T10).

"Uma coisa também é em relação ao prontuário, pois se o indivíduo está inconsciente a família é a responsável. Então, às vezes, a família pede o prontuário, eu acho que ela tem o direito. Ela pode sim, pegar o prontuário, ler, olhar. A gente percebe uma resistência quando eles perguntam se podem ver um exame" (T11).

"Às vezes, todo mundo sabe de tudo sobre o paciente, menos ele e a sua família"(T13).

As falas citadas, expressam uma realidade muito presente nos serviços de saúde e nas relações de trabalho. Hoje, uma grande discussão feita é quanto aos direitos e deveres do "paciente", como também ao sigilo profissional. Acho que cabe a nós, enquanto categoria profissional, buscar meios para reverter este quadro.

O sujeito hospitalizado e seus familiares devem ter acesso às informações referentes a sua saúde e diagnóstico, os meios de tratamento que serão necessários. No entanto, na prática isto não acontece como deveria e muitas informações são omitidas. Na UTI, muitas vezes, quando a família começa a questionar e solicitar mais informações, esta é visualizada pela equipe como seres que não confiam e interferem nos cuidados realizados. Fica evidente, neste contexto, o "poder" dos trabalhadores sobre os usuários dos serviços de saúde. Possui-se um código de ética médica e de enfermagem, mas será que ele é seguido? Tem-se um código dos direitos e deveres do consumidor, será que é respeitado ou conhecido? Conforme ilustram Pavelqueires, Rozendo & Collet (1994:167-68),

"o comportamento ético não deve se ater unicamente aos atos que favorecem o bem-estar do cliente ou, por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entendendo que somos atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos. O código de ética assim, ao nosso ver, não se traduz num instrumento que privilegie um ou outro, mas que atende aos anseios de justiça e eficiência quanto à saúde da população ... Assumir uma postura ética significa também desenvolver, individual e coletivamente, uma consciência política, sem a qual o exercício efetivo da profissão dificilmente se daria. Esta consciência política envolve o respeito pelos colegas, pelos clientes e pela profissão; envolve a busca por melhores momentos, sem prescindir das limitações determinadas pelo processo histórico".

Essas reflexões levam a repensar a postura ética no cuidado em terapia intensiva. Concordo com os questionamentos feitos por Corrêa (1998:298), em que a autora indaga se,

"nesse local é possível pensar em formas de participação do paciente? Como é considerado o homem? As técnicas invasivas e os recursos tecnológicos respondem as quais necessidades do ser humano? É possível humanizar este serviço de saúde? Que direitos podem ser garantidos aos pacientes de terapia intensiva?"

Encontrar respostas para estas perguntas é tão importante quanto garantir uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

Desnecessário dizer, que os incidentes com a família são comuns em qualquer ambiente hospitalar. Os trabalhadores mostram-se preocupados com a situação desta, buscando formas de reverter este quadro. No entanto, percebe-se que mesmo com o esforço destes trabalhadores, a família é relegada a ficar só, ficando horas esperando no corredor, na recepção do hospital, no bar, andando sem destino certo, querendo somente o direito de permanecer ao lado de seu ente e receber informações. O acesso às informações "é um direito humano e tem igual valor que a categoria do direito a vida" (Fischer, 1984:19). Por isso, é fundamental que conheçamos os direitos destes cidadãos, pois a comunicação é um instrumento de grande utilidade nos serviços de saúde. Como salienta Faria (1996:21),

"o processo de comunicação, no sentido dialogizante, pode se tornar um instrumental fundamental na prática de saúde, possibilitando a expressão da cidadania aos sujeitos trabalhadores e usuários do sistema de saúde. A informação é poder e um sistema democratizante de saúde se aprimora, também através do aperfeiçoamento da unidade relacional profissional - usuário".

Diante do exposto, é importante refletir sobre estas situações comumente encontradas no dia a dia de nosso trabalho, pois atualmente percebo uma passividade muito grande, tanto nos trabalhadores da enfermagem, quanto nos indivíduos que buscam os serviços de saúde. Acredito que esta situação deva-se ao medo, a não querer se envolver com outras coisas além de seus próprios problemas. E isto faz com que cada vez mais a instituição se distancie de seus objetivos e metas principais e comece a adotar novas condutas sem a participação dos cidadãos, tornando-se mais burocrática e cada vez menos participativa. Em nosso país, os usuários do Sistema de Saúde pouco exercem seus direitos e:

"Ainda predomina uma relação na qual o profissional de saúde, detentor do saber técnico-científico, impõe ao cliente, objeto desse saber, suas receitas, ordens, cuidados e conselhos. Essa situação acaba por fortalecer uma cultura profissional que valoriza o paciente passivo, o bonzinho. Cultura esta que se acentua na medida em que o paciente torna-se grave,

menos capaz de cuidar de si mesmo, ou seja, de auto-governar-se" (Corrêa, 1998:299).

O profissional de saúde pode exercer seu "poder" sobre o indivíduo que cuida, distanciando, assim, este sujeito do processo decisório, pois o anula e o impede de tomar decisões, muitas vezes, ainda, tornando-o escravo deste serviço. Este deve agradecer a oportunidade que está sendo oferecida e não deve nunca exigir seu direito. O serviço passa, então, a ser visualizado como uma "esmola" e não como uma obrigação do Estado.

O trabalho em saúde é coletivo, cuja finalidade é prestar assistência a seres humanos considerados "totalidades complexas" (Pires, 1998:10). Para assistir é necessária a participação dos trabalhadores, dos usuários dos serviços e dos administradores, pois esta integração é vital para poder dar um salto qualitativo nos serviços de saúde. A medicina não deve permanecer hegemônica nas instituições de saúde e as decisões devem ser coletivas. As instituições de saúde, aqui especificamente o hospital, não podem continuar se organizando "sob regras rígidas que auxiliem no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo, que propiciam a defesa dos interesses corporativos em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial" (Pires, 1998:12).

Percebe-se que, em muitos momentos, quando as necessidades dos familiares são ignoradas, não são simplesmente por negligência dos trabalhadores, mas devido à deficiência dos mesmos em lidarem de forma adequada com estas situações. Trabalhar estes desvios apontados pelos trabalhadores poderá minimizar este sofrimento. O fato destas circunstâncias gerarem sofrimento, apesar dos familiares serem seres estranhos aos trabalhadores, pode estar associado ao próprio caráter humano do trabalho, o envolvimento contínuo com os seres para os quais realiza-se o cuidado. Ao perceber o sofrimento alheio, pode-se aflorar nos trabalhadores emoções relativas a sua história de vida. Segundo Dejours (1999: 45-46),

"a percepção do sofrimento alheio provoca um processo afetivo. Por sua vez, esse processo afetivo parece indispensável à concretização da percepção pela tomada de consciência (...) depende da reação defensiva do sujeito diante de sua emoção: rejeição, negação ou recalque. No caso

de negação ou rejeição, o sujeito não memoriza a percepção do sofrimento alheio - perde a consciência".

Quando se ignora o sofrimento alheio, sendo indiferente a ele, assume-se uma postura de intolerância e indisponibilidade (Dejours, 1999), correndo, assim, o risco de banalizar o próprio sofrimento. Pode-se perceber que os trabalhadores procuram saídas para resolverem os problemas dos familiares. Deste modo, "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" (Beck, 2000:96).

4.3.4 Falta ou escassez de materiais

Nesse estudo, foi apontada, pelos trabalhadores de enfermagem, a falta de condições de trabalho, materializada, especialmente, nos recursos materiais. Isso pode propiciar conflitos aos trabalhadores, pois os mesmos têm de prestar assistência de qualidade ao sujeito hospitalizado, em situação de risco, e à sua família, o que possibilita um ambiente de elevado estresse. Mesmo assim, estes trabalhadores demonstram o seu potencial de criação percebido em todos os espaços do cotidiano.

A falta ou redução de materiais e equipamentos é percebida como algo ruim e desgastante, que interfere na organização do trabalho, pois há, assim, um gasto excessivo de tempo na tentativa de conseguir estes materiais/equipamentos, ficando deficitária a assistência. Conforme explicita (Lunardi Filho, 1995:123),

"Este desgaste constitui-se num grande sofrimento. Não tanto em decorrência do sofrimento físico, do desgaste profissional devido ao trabalho, mas pela falta de meios levando ao desgaste da pessoa. O trabalho, dessa forma, não exige só a parte profissional, principalmente,

quando não oferece as condições de ser realizado. Exige o todo da pessoa".

Um dos grandes problemas encontrados hoje para a prestação dos serviços de saúde é a falta de recursos financeiros para a compra de materiais, equipamentos e reposição de pessoal. O Hospital Universitário não foge a esta regra, e está passando por um período crítico. Durante a fase de aplicação deste estudo, a UTI encontrava-se com um leito bloqueado por falta de equipamentos básicos e materiais como aparelho de respiração artificial, falta de medicação sedativa e anestésica e falta de medicações anti-hipertensivas. Estes fatores provocam nos trabalhadores um sentimento muito grande de impotência e angústia, pois fogem do seu domínio e, ao mesmo tempo, tem repercussões diretas sobre o seu trabalho, uma vez que na UTI é praticamente impossível realizar uma atividade de qualidade na ausência destes materiais e equipamentos.

A preocupação com o equilíbrio das dimensões tecnológicas e econômicas para assegurar a todos os cidadãos uma assistência de qualidade, revela ser uma atitude inteligente e responsável destes atores sociais. Este irrisório investimento na área da saúde piora, ainda mais, a situação dos hospitais já sucateados. A grande procura por atendimentos hospitalares gera maior gasto com a saúde, diminuindo o investimento dos hospitais em tecnologia e pessoal. O SUS não dá conta de responder as necessidades da população, servindo apenas para os pobres sem atender a complexidade dos problemas de saúde em todos os níveis. O que se percebe é um direcionamento para a privatização. Os relatos dos trabalhadores confirmam o descaso com a saúde em nosso país, mostrando como é repercutido e influencia o trabalho cotidiano:

"Às vezes, a falta de materiais e equipamentos nos faz sofrer. Também tem os materiais obsoletos que oferecem pouca segurança no trabalho" (T4).

"Esse telefone toca inúmeras vezes ao dia pedindo vaga e você só escuta o médico ou a enfermeira dizer que não tem remédio, não tem respirador, falta isso, falta aquilo. E, às vezes, você sabe que são pessoas jovens ... isso nos deixa impotente" (T5).

"Sábado eu fiquei quase 2 horas ambuzando³ um paciente enquanto a enfermeira estava no telefone arrumando um respirador emprestado, pedindo medicação sedativa também. É terrível. Saí daqui chorando" (T7).

O sofrimento gerado propicia a realização de um trabalho instável, ou seja, como podemos ter a certeza que não faltará medicação para os sujeitos que ali estão hospitalizados? Como ter a certeza de que o respirador não parará de ciclar a qualquer momento? Como podemos garantir que os sujeitos que necessitam de internação dentro de uma UTI terão assegurados estes direitos? Como saber se um familiar poderá ser vítima também destes entraves existentes nos serviços de saúde? Obviamente, são respostas que não temos. Porém, estas perguntas feitas com base na vivências diárias dos trabalhadores de saúde, provocam efeitos negativos e influenciam diretamente suas ações, não permitindo a realização de um trabalho completo.

4.3.5 Ver o trabalho se tornar mecanizado

As técnicas de enfermagem,

"consistem na descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, e especificam também a relação do material que é utilizado. Tanto pode ser um procedimento a ser realizado com o paciente, como um banho no leito, curativo, sondagem, instilações e outros, como procedimentos relativos às rotinas administrativas, como admissão e alta de pacientes. Assim também procedimentos de manuseio de material hospitalar, como montagem de sala de operação, esterilização de instrumental e outros" (Almeida & Rocha, 1989: 29-30).

Como pode-se perceber, e também foi explicitado, as técnicas de enfermagem têm como objetivo padronizar a execução destes procedimentos por todos os membros da equipe.

³ Ventilação artificial feita manualmente.

Nos dias atuais, o trabalho de enfermagem ainda tem como herança esses traços do início da enfermagem, ou seja "habilidades e destrezas", cumprimento das normas, em que tais coisas devem ser feitas em determinados horários e com este ou aquele material. Questiono, então, se quando os princípios de assepsia são respeitados, não se coloca em risco a vida e saúde do sujeito cuidado. E, porque tem que se fazer sempre tudo igual, com horários e normas que não consideram as diferenças individuais de cada trabalhador e a opinião do sujeito que se cuida? Por que o banho tem que ser sempre pela manhã?

O conceito de técnica de Mauss (*apud* Dejours, 1999a: 35), da antropologia social, "é um ato eficaz". Todo ato tem inúmeras particularidades, visando a transformação do mundo real e requer uma mediação ou instrumentação. Outra característica do ato "é que ele supõe sempre um engajamento, um manejo específico do corpo daquele que faz" (Dejours, 1999a:35). Qualquer que seja a atividade que iremos executar, exigirá sempre uma certa postura e habilidade corporal, além dos aspectos intersubjetivos, sociais e culturais do sujeito que a realiza. Portanto, "a técnica é não somente uma técnica do corpo, mas também uma técnica cultural" (Dejours, 1999a:36), transformando o mundo e o sujeito concomitantemente.

Os trabalhadores de enfermagem da UTI, mostram-se preocupados com o rumo de seu trabalho. Percebem que, em muitos momentos, o trabalho é executado apenas para cumprir as imposições necessárias, muitas vezes, desprovido de sentimentos. Percebe-se neste contexto, que "o homem no trabalho, o artesão, desapareceu para dar a luz a um aborto: um corpo instrumentalizado-operário de massa, despossuído de seu equipamento intelectual e de seu aparelho mental" (Dejours, 1991:39). As colocações feitas pelos trabalhadores expressam esta realidade, o realizar contínuo de atividades rotinizadas e padronizadas:

"Eu acho que os nossos procedimentos estão muitos mecânicos. Acho que a gente só quer chegar, fazer e pronto. Uma vez ou outra acontece, a gente só quer chegar ali e fazer toda a medicação, tudo, vamos fazer de uma vez, entendeu. Às vezes, acontece isso, não estou dizendo que é sempre. Isso ai é uma coisa que vai virando uma bola de neve. Às vezes, a gente está muita cansada, e muito tempo trabalhando na mesma ... com este tipo de relacionamento com o doente. Não sei se a gente fica muito cansada, ai deixa a coisa rolar um pouquinho no mecânico, sabe. Eu me sinto assim, sou sincera em dizer" (T7).

"É tudo uma continuidade, mas assim ... a gente faz as coisas ... chega às 7:00 horas e no final do plantão tem que estar tudo pronto. Aí esquece o que foi feito e começa das 13:00 horas em diante até às 19:00 horas e tem também que está tudo pronto. Parece que a coisa é assim" (T11).

"Tem horário para tudo. Você tem todos os horários cheios para fazer em cada hora uma coisa" (T14).

Parece que, de forma sutil, os trabalhadores tendem a acreditar que o sofrimento no trabalho é minimizado pela mecanização deste. O realizar de tarefas previamente definidas e agendadas favorece que nenhuma atividade fique sem ser feita. Desse modo, o trabalhador sempre saberá o que deve fazer e, quando não puder fazê-lo, isenta-se de qualquer culpa. Essas situações podem ser modificadas se houver permissão para que o sujeito hospitalizado, e os seus familiares, participem também do cuidado, favorecendo que saiam do estado de passividade em que se encontram. A execução de um simples procedimento pode ser algo bom para todos e, assim, este trabalho não será tão fragmentado e o alvo das ações será o sujeito para o qual realiza-se o cuidado e não a técnica. Com isso o trabalho não será um trabalho mecânico e desprovido de sentimentos.

Essa mudança de atitude frente à realização do cuidado foi possível de ser vista durante as atividades da Disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado, quando foi proposto aos trabalhadores outro modo para a realização do seu trabalho. Nesta experiência, pode-se ver o trabalho sendo feito com sentimento, afastando-se as atitudes mecanicistas comuns. Um pensamento de André Gide (s.d.) pode refletir esta situação descrita: "cada pensamento do meu cérebro transforma-se em ansiedade. Estou me transformando na mais feia de todas as coisas: um homem ocupado".

Que o fato de nos ocuparmos com inúmeras coisas, não nos tire a certeza de querer viver melhor, de cuidar melhor e de transformar nossas dificuldades em facilidades. Que a vontade de mudar o cenário do nosso trabalho, nos tornando participantes ativos de todo o processo, seja o impulso necessário para futuras conquistas. Realizar determinadas tarefas, desprovidas de qualquer afetividade, vontade ou desejo, contribui para a "sensação de adormecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo" (Dejours, 1991: 49).

PARTE 4 - A tecnologia e a organização do trabalho

A UTI é considerada um dos setores hospitalares onde se concentra uma grande quantidade de equipamentos, surgindo assim um dos motivos para ser considerada um local "mecanizado". Em decorrência dos avanços tecnológicos e alguns investimentos ocorridos na área da saúde, nos últimos anos, podemos dizer que esta situação é "um reflexo da reestruturação produtiva que está ocorrendo, mais intensamente na produção industrial, desde o final dos anos 70 e que verifica-se, no Brasil, nos anos 90" (Pires, 1998:209), gerando, então, a necessidade de trabalhadores qualificados para a manipulação destas tecnologias.

Na UTI, cenário deste estudo, podemos encontrar alguns equipamentos considerados "tecnologias de ponta" como respiradores, monitores cardíacos, aparelho para mensurar pressão arterial não invasivo, oxímetros digitais (verificar saturação de oxigênio), bombas de infusão, monitores para monitorização hemodinâmica invasiva (Swan-Ganz), desfibriladores, máquina para hemofiltração, aparelho de eletrocardiograma, gerador externo de marcapasso provisório e computadores.

O Hospital Universitário está em fase de implantação e informatização dos setores, sendo que a UTI foi escolhida como unidade piloto. A informatização já está funcionando para o controle e solicitação de materiais via almoxarifado, sendo feita pelo escriturário e, na ausência deste, pelo enfermeiro. Com o novo sistema, a prescrição médica será informatizada e as medicações solicitadas, via rede, à farmácia, o que deverá controlar melhor a distribuição destas para as unidades, reduzindo-se os gastos desnecessários. Para a enfermagem, esta informatização incluirá o controle intensivo⁴ e toda a metodologia assistencial de enfermagem. Com isto, implicará no preparo dos trabalhadores para manipularem e utilizarem mais esta tecnologia no processo de trabalho.

O uso das inovações tecnológicas no trabalho em saúde, segundo Nogueira (*apud* Pires, 1998:211) aumenta a produtividade pois as

⁴ Folha destinada ao controle dos sinais vitais, além do balanço hidroeletrólítico e infusões de determinadas drogas.

"inovações tecnológicas como os antibióticos, os multianalizadores para perfil bio-químico do sangue, a revelação automática de chapas radiográficas e outros, são capazes de aumentar a produtividade do trabalho em saúde, fazendo com que uma mesma quantidade de força de trabalho possa produzir um número maior de serviços".

No entanto, na prática diária percebe-se que estas tecnologias dificultam ou ocasionam uma certa sobrecarga de trabalho. Isto se deve ao fato da utilização de equipamentos considerados obsoletos ou, então, que são comprados por menor preço e não têm manutenção preventiva. Os reflexos deste quadro são evidenciados e vividos pelos trabalhadores da UTI, como demonstrado a seguir:

"Às vezes, você não sabe se cuida do paciente ou dos equipamentos. Eles [os equipamentos] alarmam sem motivo ou param de funcionar, então, você trabalha em dobro. Isso dificulta o teu trabalho" (T9).

"Tem horas que você testa o respirador, o monitor, as bombas. Tudo está funcionando. Então, o paciente chega e o médico vai conectar o respirador nele e o danado [o respirador] não funciona. Fica todo mundo doido. Se você bobear o paciente pode ser prejudicado" (T11).

"Tem materiais aqui na UTI que eu não confio. Não saio de perto do paciente um segundo, fico o tempo toda ansiosa. Isso impede até de você ajudar seu colega que está cheio de coisas para fazer" (T14).

Estas colocações feitas pelos trabalhadores reafirmam os argumentos de Pires (1998:211), de que "o trabalho do pessoal de enfermagem não diminui, ao contrário, ele pode, até, ser intensificado". E, além da intensificação do trabalho, o uso de equipamentos obsoletos pode gerar, também, uma sobrecarga emocional nos trabalhadores, alterando a organização do trabalho. Na vigência destas situações, muitas vezes, o trabalhador não é capaz de avaliar se as falhas ocorridas com o uso destes equipamentos são decorrentes de sua "incompetência" para manipulá-los ou devido às anomalias do sistema técnico (Dejours, 1999).

Diante destes fatores, pode-se dizer que os mecanismos potencialmente geradores de angústia, medo e sofrimento contribuem para que os trabalhadores não se sintam preparados para agirem convenientemente em situações incomuns ou incertas, as quais exigem deles responsabilidade e competência (Dejours, 1999).

Um outro ponto que pode ser levantado para discussão é quanto ao preparo dos trabalhadores para manipularem/utilizarem as tecnologias disponíveis. A maioria dos trabalhadores da UTI coloca que, somente quando há um treinamento efetivo em serviço para o uso dos equipamentos disponíveis neste setor, é que conseguem utilizá-los como instrumentos de trabalho. Porém, uma parcela considerada deles acha-se preparada para manipular apenas alguns equipamentos, como bomba de infusão e monitor cardíaco. Surge, então, a necessidade de se discutir a educação continuada em serviço, com o propósito de preparar estes trabalhadores para a utilização destes recursos tecnológicos.

A criação dos programas de educação continuada para os trabalhadores de enfermagem, tanto nas instituições hospitalares como fora dela, foi uma conquista significativa da enfermagem. A possibilidade destes trabalhadores participarem de determinados programas, sejam eles de reciclagem, atualização ou treinamentos, é uma forma de estimulá-los e torná-los mais participativos, ampliando sua competência técnica. Em contrapartida, este tipo de educação não deve estar apenas vinculada à necessidade da profissão, mas deve oferecer também outras alternativas como lazer e cultura geral. Se atrelarmos nossa prática apenas aos conhecimentos técnicos, não proporcionando momentos de relaxamento e lazer, além de oportunidades de crescimento interior, estaríamos sendo reducionistas.

Marx (1987:301) já dizia que o "modo de produção das condições de vida material condiciona o processo geral de vida intelectual, política e social. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência". Deste modo, a valorização do trabalho acontece no momento em que este permite ao trabalhador o uso de suas habilidades. Os meios de produção, especialmente os meios de trabalho, contribuem para marcar e registrar épocas históricas, pois são reflexos das relações sociais e do aperfeiçoamento do trabalhador. Ao referir-se à educação e aos desafios das novas tecnologias no trabalho, Machado (*apud* Ferretti, 1996:175) cita alguns fatores de qualidade no trabalho que criam a base para a organização do mesmo, tais como:

"as formas de cooperação, os padrões de hierarquização e controle da força de trabalho, as possibilidades de socialização dos conhecimentos, as oportunidades de desenvolvimento das habilidades, de interação e de exercício da autonomia. A qualidade do trabalho não é, entretanto, uma

decorrência natural do aperfeiçoamento dos meios de produção. São mais decisivos os objetivos, as intenções e as orientações de quem decide utilizá-los e segundo a forma que deseja".

Deste modo, é evidente que o preparo dos trabalhadores, através da educação continuada em serviço, para manipularem as tecnologias disponíveis é primordial para a prestação dos serviços em saúde. Esta educação é necessária, também, pelo fato das instituições responsáveis pela profissionalização prepararem de modo muito superficial estes futuros trabalhadores para o uso das tecnologias. Afinal, "os equipamentos de tecnologia de ponta precisam ser utilizados adequadamente, caso contrário, podem trazer prejuízos aos pacientes/clientes" (Pires, 1998:220), além de ocasionar tensão emocional nos sujeitos que manipulam estas tecnologias.

O uso das tecnologias de ponta exige o preparo dos trabalhadores para entender o funcionamento de determinados equipamentos, para "poder realizar um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico" (Pires, 1998:220). Concordo com Beck (2000:105) quando coloca que "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".

Em todos os campos a tecnologia auxilia, mas não dispensa o trabalho humano. Seria injusto opor-se à contribuição da tecnologia e da informática para o aumento da produtividade. O desenvolvimento de forças produtivas poderia, então, liberar o homem da execução de tarefas repetitivas, mecanizadas e, deste modo, libertaria os indivíduos para o seu desenvolvimento intelectual, espiritual, artístico e político. Marx idealizava o desenvolvimento coletivo e individual tão avançado que os homens estariam aptos para identificarem aquilo de que realmente necessitam.

Enfim, o impacto da tecnologia de ponta na organização do trabalho em saúde exige "um trabalho coletivo do tipo cooperativo, aproximando-se da visão de interdisciplinaridade" (Pires, 1998:222).

PARTE 5 - Relacionamento interpessoal conflituoso: em busca da interação

O relacionamento interpessoal conflituoso foi apontado por quase todos os trabalhadores, no questionário supervisionado e nos encontros realizados, como o principal fator gerador de sofrimento durante o processo de trabalho. Deste modo, foram realizados encontros/oficinas para possibilitar as reflexões sobre o tema e, devido também a expressiva necessidade dos trabalhadores em discuti-lo, o assunto é destacado neste estudo.

Foram feitas duas oficinas com os trabalhadores em cada turno (matutino e vespertino) de trabalho, com duração de 60 minutos cada, em que participaram 15 trabalhadores de enfermagem da UTI. A seguir, descrevo como aconteceram estes encontros e as dinâmicas utilizadas para favorecerem o debate e as reflexões sobre o tema.

No **primeiro encontro**, foi solicitado ao grupo que, através de **colagens**, procurasse demonstrar como o relacionamento interpessoal da equipe é percebido. Foram feitas algumas perguntas com o intuito de direcionar o debate. As questões foram as seguintes: “Como é o meu trabalho dentro da equipe? Que atitudes podemos mudar para melhorar a equipe? O que percebo que causa sofrimento aos meus colegas quando estão trabalhando? Como é o relacionamento de minha equipe de trabalho? Que situações me causam sofrimento dentro do grupo de trabalho? O que o grupo pode fazer para melhorar a relação da equipe? O que significa para mim o trabalho em equipe?”.

Após serem lançadas as perguntas, individualmente, por cerca de 20 minutos, foram confeccionados os cartazes. Após o término desta atividade, cada um mostrou para os demais participantes o seu trabalho de colagem. As falas seguintes mostram algumas reflexões dos trabalhadores no momento da apresentação de seus trabalhos:

"Mesmo a gente tendo coisas tristes, a gente tem que levar no bom humor e tem que tentar ser feliz. Em segundo lugar, todos nós somos diferentes

quanto ao sexo, idade e quanto a personalidade, mas mesmo assim nós temos que pensar em trabalhar em equipe, nós temos que trabalhar unidos. Então, o trabalho unido envolve que nós respeitemos as pessoas, com as suas diferenças interpessoais. Por isso escolhi esta foto de várias pessoas diferentes" (T3).

"Escolhi uma paisagem da natureza. A gente tem que se unir mais para poder olhar lá fora ou aqui dentro, a gente ter união, sempre ter a responsabilidade de fazer as coisas mais unidos e mais amigos" (T7).

"Eu acho que sozinho, ninguém faz nada aqui dentro, então a gente tem que trabalhar em equipe. Essa figura do bichinho está dizendo o que mais eu posso fazer para melhorar. Isso aí depende de cada um, a gente, todo mundo melhorar. Juntos, podemos ser espetaculares" (T8).

"Eu escolhi a foto de uma pessoa mais adulta e uma criança, como se fossem pai e filho. Ele [o pai] ensinando a criança com sua experiência e o relacionamento que tem o pai e o filho. Acho que deveria ser o mesmo, dentre do ambiente de trabalho. Um respeitando o outro, independente da idade. Ensinar também, aqui dentro, a gente não só vai executar o que sabe, mas também aprender com o outro, com o colega de trabalho, coisas que a gente não sabe, e admitir que está aprendendo e que aprendeu. Não dizer que não quero aquela pessoa me ensinando, porque é do meu nível" (T10).

"Eu acho que não devemos levar as coisas tão ao pé da letra, não é? Ter amizades e o diálogo, tudo tem a ver com o diálogo" (T12).

"Geralmente, dependendo da situação, e dependendo da pessoa, é cada um na sua. Devemos ter mais simpatia e adquirir experiência e a gente se respeitar" (T13).

"Eu acho muito legal estas coisas, porque no fundo, todo mundo falou a mesma coisa, que o importante é o relacionamento e o respeito um pelo outro e todos tentarem ter um relacionamento melhor. Achei engraçado que a V⁵ foi a mais 'pé no chão'. É isso aí. A gente tem que ver os problemas do relacionamento, para tentar resolver. E acho interessante o seguinte, a gente faz uma coisa dessas e uma das angústias que todo mundo tem é o salário, todo mundo ganha pouco e tudo o mais, mas ninguém fala numa hora destas no salário. A gente vê que é uma coisa importante, mas não é tudo, que a gente trabalhar feliz é mais importante do que, muitas vezes, a gente ter um aumento de salário. Embora sem o salário a gente não vive. É muito angustiante a gente estar em um grupo que não seja uniforme. E a gente tem que se proteger. Eu acho que o principal é isso, é um proteger o outro, porque todos tem defeitos, todos tem falhas, ninguém é perfeito, e a gente saber reconhecer as qualidades das pessoas, os defeitos também, respeitar os defeitos e ainda melhorar nas qualidades. A vida é um eterno aprendizado" (T14).

⁵ Nome da trabalhadora que participou das oficinas.

Ao final da apresentação dos trabalhos de colagem, iniciou-se um debate com base nas percepções expressadas por cada trabalhador quanto ao relacionamento interpessoal da equipe. Pode-se perceber, pelas discussões, que os conflitos presentes na equipe de trabalho interferem, muitas vezes, para que cada trabalhador realize suas atividades de modo harmônico. No entanto, é latente a preocupação dos mesmos em querer minimizar suas diferenças individuais com respeito e amizade. Em vários momentos, ainda, os trabalhadores colocaram que cada ser possui suas qualidades e suas deficiências, e que estas podem exercer influências nos outros membros da equipe.

A preocupação em minimizar e/ou trabalhar os conflitos presentes na equipe é uma necessidade bastante sentida e expressada pelos trabalhadores. Acredito que o relacionamento equilibrado entre eles refletirá ou terá como resultado um trabalho em saúde de qualidade.

A inquietação com a execução de um trabalho de qualidade não é específica destes trabalhadores, mas desde que o homem, na pré-história, começou a manufaturar alguma coisa. Quando o artesão não gostava ou achava feio, por exemplo, uma peça de cerâmica que havia feito, a quebrava. Assim, garantia que seus produtos fossem de qualidade. Infelizmente, não se pode simplesmente ignorar ou "retirar do jogo" os trabalhadores que, de algum modo, interferem para que a qualidade da sua atividade seja preservada. Deve-se, antes, agindo com condutas éticas e respeito adequados, procurar compreender porque determinados obstáculos emergem e tentar eliminá-los sempre que possível.

Um dos requisitos básicos para favorecer e/ou preservar o relacionamento adequado dos membros de uma equipe, é o processo de comunicação eficiente. A conscientização sobre a importância do papel da comunicação num grupo de trabalho e na vida de qualquer sujeito, é o ponto de partida ou passo inicial para a ruptura de alguns obstáculos, e é imprescindível em qualquer relação.

Como seres humanos, em muitos momentos, nos tornamos avessos às mudanças. Esta resistência tanto faz parte da natureza humana, como é construída socialmente. No entanto, também faz parte desta natureza humana, como condição de sobrevivência, saber mudar. Os trabalhadores apontam que a transformação de comportamento de alguns membros é necessária para melhorar o trabalho em equipe. Contudo, para que esta ocorra há a

necessidade de modificar alguns valores, crenças, culturas e convicções. Sabemos que é uma atividade que exigirá muito empenho e energia, porém não devemos esquecer que o mundo se transforma rapidamente e, se não estivermos atentos a este fato, corremos o risco de nos tornarmos "obsoletos". Como condição para a atividade em equipe, é necessário saber respeitar os talentos individuais determinados pelas posturas comportamentais, como os "vícios" de cada indivíduo.

Compete, então, a cada um avaliar sua atuação na equipe, seu modo de agir, de pensar e de relacionar-se. Para que isso ocorra, é necessária uma educação pessoal contínua, ou seja, travar algumas lutas internas objetivando mudanças comportamentais. Dejours (1999a:35), quando se refere aos conflitos existentes nos relacionamentos humanos, assim coloca:

"os conflitos, as relações de poder ou o reconhecimento criam sempre um desafio real. Se surge entre duas pessoas, por exemplo, um conflito nunca visa exclusivamente à postura subjetiva de um ou de outro, em si. O conflito visa àquilo que na postura do sujeito relaciona-se a um fazer, a um ato, a uma conduta ou a uma ação sobre o real".

Ou seja, ao condenar ou desaprovar a conduta de um sujeito, de certo modo estou condenando o mundo que desaprovo ou prejudica meus objetivos. Ao julgar um conflito, estou certamente julgando o "fazer" de outro. Por isso, é muito importante saber agir com coerência sobre as situações do relacionamento humano que provocam sofrimentos nos sujeitos. Os trabalhadores, de certo modo, buscam aprender a lidar com as situações de sofrimento presentes na equipe de trabalho, apesar de serem timidamente expressadas suas sugestões.

No **segundo encontro**, foi solicitado que cada trabalhador apontasse as modificações que poderiam ser feitas para melhorar a situação da equipe, sendo que estas poderiam ser individuais ou coletivas. As sugestões dadas pelos trabalhadores foram as seguintes:

"Acho que mudar o comportamento, só que isso é uma coisa a longo prazo, não é uma coisa de um dia para o outro. Acho que conseguiríamos mudar, só que é uma coisa demorada" (T4).

"Ter mais incentivo, entendeu. Para gente, para todo mundo, não só para nós da área da enfermagem, mas no geral. Mais incentivo para você estar

aqui todo dia, trabalhar e tal. Eu acho que devemos fazer isso mesmo, que o pessoal deve se unir mais" (T8).

"Eu acho assim, se tens que falar alguma coisa, tens que falar na frente da pessoa. Eu sou sincero, por isso, muitas vezes, eu tenho atrito aqui. Deve existir a sinceridade na frente das pessoas" (T10).

"Eu acho difícil mudar, mas o que a gente pode fazer, é o que a gente está fazendo aqui hoje, conversar, colocar as coisas e tentar mudar algo. Porque o que a gente não pode é ficar pulando por cima, achando que está tudo bem, e não tomar nenhuma atitude" (T13).

Através das falas pode-se perceber que os trabalhadores querem realmente encontrar soluções para os problemas que envolvem o relacionamento da equipe. Os indivíduos que sofrem com a degradação das relações, com a injustiça, com as inimizades e com o individualismo, geralmente, tendem a encontrar dificuldades para agir coletivamente (Dejours, 1999). Porém, estes trabalhadores, solicitando apoio ao grupo para encontrar saídas e buscar soluções coletivas, poderão, quem sabe, colaborar na mudança deste cenário gerador de sofrimento.

No final deste encontro, foram questionadas qual ou quais situações percebiam que interferiam no relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem e/ou da equipe de saúde que trabalha na UTI. Inúmeras foram as colocações e, após a categorização dos dados, estas foram as situações identificadas:

- Dificuldade de interação entre a equipe de enfermagem e alguns médicos, gerando conflitos;
- Falta de cumplicidade, coleguismo e sinceridade entre alguns trabalhadores;
- Diálogo insuficiente e/ou ausente;
- Algumas (alguns) enfermeiras(os) não interagem com a equipe;
- Dificuldade de expressar sentimentos;
- A hierarquia interfere no diálogo e na expressão dos sentimentos;
- Não compartilhamento dos conhecimentos com toda a equipe;
- Diferentes modos de realizar o cuidado;
- Atitudes grosseiras de alguns trabalhadores tanto para com outros, como para os familiares e o sujeito hospitalizado;

- Atrito entre os vários turnos de trabalho;
- Não compreensão do trabalho como continuidade;
- Instabilidade na equipe.

Estes fatores geradores de sofrimento apontados podem ser trabalhados de forma individual e coletiva. Torna-se necessário, então, que ocorra o envolvimento e esforço contínuo de todos, caso contrário, desgastará ainda mais o relacionamento da equipe.

PARTE 6 - Em busca da realização de um trabalho completo

Neste momento, considera-se as contribuições fornecidas pelos trabalhadores de enfermagem da UTI para a constituição de uma atividade prazerosa, criativa e inovadora. Estes dados foram coletados com maior expressividade durante os encontros/oficinas.

Dentre as sugestões apontadas pelos trabalhadores para melhorar a realização do trabalho, as mais expressivas foram:

- Fornecer informações aos familiares no horário previsto;
- Não fazer certas colocações ou comentários na presença do sujeito hospitalizado;
- Buscar alternativas para algumas mudanças de comportamentos dos trabalhadores;
- Ter mais incentivo e estímulos no trabalho, tanto por parte da equipe como da própria administração do hospital;
- Melhorar o relacionamento da equipe;
- Ter maior conscientização dos trabalhadores sobre o seu trabalho;
- A ocorrência de cursos de capacitação de acordo com a necessidade e com a disponibilidade de liberação dos trabalhadores para participarem;
- Melhor funcionamento dos serviços de apoio;
- Materiais e equipamentos adequados e em quantidades suficientes;
- Serviço de psicologia para atender aos trabalhadores;

- Número adequado de trabalhadores na equipe de enfermagem;
- Momentos freqüentes de recreação e lazer.

Mais uma vez, afirmo que as sugestões fornecidas pelos trabalhadores são possíveis de serem realizadas, bastando para isso existir, também, o interesse coletivo, tanto do trabalhador como da instituição, em buscar formas de viabilizá-las. Em outras palavras, "o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências, individual e coletivamente" (Dejours, 1999: 56).

Na última ocasião, foi questionado aos trabalhadores se eles se consideram felizes na profissão como, também, se em algum momento pensam em desistir ou mudar sua área de atuação profissional. A quase totalidade de trabalhadores foi convicta em responder que se consideram **felizes** nesta profissão:

"Sou muito feliz, amo minha profissão. Não gostaria de fazer outra coisa" (T1).

"Vou [trabalhar] porque gosto também, vou porque gosto da minha profissão, se eu não gostasse eu não estava aqui, já teria me aposentado bem de cara, mas ... eu venho porque eu gosto, eu gosto da minha profissão" (T2).

"Para falar a verdade, quando eu estou de folga, às vezes, eu acho que tenho que vir, porque parece que eu estou em casa e não tem nada para fazer, é como se faltasse alguma coisa. Eu gosto de vir trabalhar" (T14).

Uma discreta minoria colocou que já tiveram momentos em sua vida profissional em que foram mais felizes, sendo que atualmente sofrem muito mais e têm certa dificuldade em encontrar prazer nas atividades que fazem. Acrescentam, ainda, que se sentem muito desestimulados e que acham que o seu período de "vida útil" dentro da enfermagem, principalmente do trabalho em UTI, está chegando ao fim. Como forma alternativa de reverterem esta situação esperam a abertura de vaga em outros setores do hospital, assim, mudando de atividade, esperam dar outras cores ou rumos em sua vida profissional. Como verificado nos depoimentos:

"Assim que tiver uma vaga na maternidade vou me inscrever. Trabalhar com a criança. Ver gente nascer é melhor que ver muita gente morrer" (T3).

"Chega um ponto que parece que as coisas ficam sem sentido. Acho que muito tempo em um lugar te deixa meio assim, digamos, melancólicos" (T9).

"Antigamente, parece que eu era mais feliz na enfermagem. As pessoas trabalhavam melhor, vinham mais felizes. Hoje, parece que o tempo fez as pessoas perderem a noção de responsabilidade, da religião, do carinho ao paciente" (T12).

Portanto, mesmo com tantas contradições envolvendo o trabalho em saúde, ainda é possível encontrar sujeitos trabalhadores da enfermagem felizes com o seu trabalho. Eles compreendem a importância social do trabalho, o significado deste para suas vidas, assim, transcendendo "ao simples atendimento de necessidades de ordem econômica ou emocional" (Lunardi Filho, 1995:236). Apesar de realizarem seu trabalho em um local que envolvem situações críticas de saúde para os sujeitos que ali estão hospitalizados, o gosto pelo trabalho é preservado e, porque não, prazeroso em muitos momentos.

CAPÍTULO V

O MUNDO DO TRABALHO: ENTRE O PRAZER E O SOFRIMENTO - QUESTÕES QUE MERECEM ATENÇÃO DOS TRABALHADORES E DA GERÊNCIA EM SAÚDE

Neste capítulo abordam-se questões referentes ao cotidiano do processo de trabalho da enfermagem em UTI e o inter-relacionamento deste com o prazer e o sofrimento. Estas reflexões estão sustentadas nos achados deste estudo, além do suporte teórico necessário para possibilitar a sua compreensão.

Ao refletir sobre o trabalho na vida do homem concordo com as colocações de Beck (2000:183), quando diz que o trabalho "cumprе duas finalidades especiais que são a sua reprodução social e a expressão do sujeito". Com "reprodução social" pretende apontar a oportunidade que o trabalho oferece de satisfazer as necessidades materiais do homem, adquirido através da recompensa financeira, o salário. E, a "expressão do sujeito" diz respeito ao fato do trabalhador transformar-se no momento da execução de uma atividade, encontrando nesta o prazer. No entanto, pode ser percebido no presente estudo que, em inúmeras situações, ocorre primeiramente a manifestação do sofrimento.

A busca contínua para que os homens encontrem a igualdade "talvez seja o propósito mais complexo e controvertido que se impõe na sociedade. A igualdade pressupõe a pluralidade, isto é, a interação do homem com outros homens, no mesmo espaço de vida" (Faria, 1996:150). O trabalho em saúde institucionalizado, especificamente em um hospital, exige que os trabalhadores relacionem-se com outros trabalhadores e também usuários, num mesmo espaço físico. Este contexto, da divisão do espaço, requer dos homens alguns princípios de colaboração, justiça e solidariedade. Deste modo, pode-se fazer com que alguns princípios de igualdade sejam preservados.

O modo como o trabalho está organizado influencia diretamente na gênese do prazer, desprazer e sofrimento, contribuindo, assim, para o surgimento da insatisfação no trabalho quando este não gera benefícios ao trabalhador. O sofrimento no trabalho pode aumentar, então, quando não são permitidas a satisfação das expectativas criadas no trabalhador, principalmente as relacionadas ao campo afetivo e social (Dejours, 1999). Sendo assim, os trabalhadores começam a criar alguns mecanismos de defesa no trabalho para se protegerem do sofrimento. E, "as estratégias de defesas são sutis, cheias mesmo de engenhosidade, diversidade e inventividade. Mas também encerram uma armadilha que pode se fechar sobre os que, graças a elas, conseguem suportar o sofrimento sem se abater" (Dejours, 1999:18).

Diante disso, os trabalhadores buscam formas ou "fórmulas" para se protegerem, garantindo, assim, que o sofrimento seja reprimido, banindo em muitas situações a possibilidade de experienciarem o prazer. Criam-se, então, as estratégias coletivas de defesas (Dejours, 1999), em que os trabalhadores parecem ser "normais". No entanto, esta normalidade não implica na ausência de sofrimento, mas sim é resultado de lutas internas deste homem contra os efeitos psíquicos negativos gerados pelas pressões no trabalho. Pode-se dizer que se instituem os estados de "normose" ou o surgimento dos homens "normóticos", os indivíduos que apenas aspiram a normalidade, não sofrem e não percebem o óbvio. Estas estratégias utilizadas visam apenas afastar a possibilidade de sofrer com a execução do trabalho. Neste sentido, vejo que o maior desafio deste século é o fato do homem superar-se, através da cooperação, afetividade e o uso dos talentos esquecidos.

Em várias etapas desta pesquisa, foi possível perceber que o prazer é vivido, sentido e partilhado. Inclusive, é fragmentado, quando o trabalhador percebe-o em tímidos momentos, não o vivenciando totalmente. Além disso, parece que os trabalhadores mostram um certo receio em admitir para si que é possível trabalhar com prazer. Talvez isso se deva às questões históricas, em que o trabalho deve ser realizado apenas para o cumprimento de certas "obrigações". O trabalho deve ser um mediador da emancipação, não um mecanismo de alienação.

Ao fazer algumas atividades, desprovidas de qualquer afetividade, o trabalhador deve imprimir um esforço emocional muito maior. E, ao contrário, realizar determinada tarefa

por prazer, requer o mínimo de energia emocional e, assim, a satisfação ou a gratificação será melhor percebida.

Neste estudo, foi possível evidenciar que o prazer pode ser encontrado no processo de trabalho da enfermagem em UTI. E ele é manifestado quando o sujeito, para o qual direciono o meu cuidado, se recupera; quando meu trabalho é reconhecido tanto pelos usuários do serviço como pela equipe de trabalho; e, quando o ambiente de trabalho é harmonioso. Para viabilizar a preservação destas manifestações, é necessário garantir aos trabalhadores as condições mínimas, como o respeito e o reconhecimento por sua parcela de contribuição social.

Ao permitir que o trabalhador execute seu trabalho em um ambiente que favoreça o uso de suas potencialidades, permiti-se também a expressão de sua subjetividade e a reconstrução de sua cidadania. Caso contrário, as defesas geradas pelo sofrimento podem ser capazes de "gerar a violência social" (Dejours, 1999:84). E, diante desta violência instituída, ficará mais difícil encontrar ou favorecer o prazer no trabalho, pois o trabalhador sempre estará numa postura defensiva, impedindo a sua recriação.

A enfermagem, como toda profissão, necessita de bases sólidas e de revitalização freqüente em seu trabalho. Dinamizar ações, no sentido de garantir um trabalho ético e humanístico, é o ponto primordial para o crescimento desta profissão e disciplina. A atividade profissional, não pode ser percebida apenas como um meio de garantir ou suprir necessidades materiais individuais e/ou coletivas. Deve transcender ao simples atendimento de necessidades, constituindo-se numa forma de inserção social, onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados.

Este estudo forneceu subsídios preliminares para a elaboração de algumas sugestões referentes ao tema abordado: prazer e sofrimento no processo de trabalho da enfermagem em UTI. A partir de agora, teço as contribuições que visam minimizar os danos provocados pelo sofrimento no trabalho e, deste modo, auxiliam na possível mudança de atitudes quando depara-se com estas circunstâncias.

5.1 Quando o sofrimento é proveniente do relacionamento da equipe

Em todo convívio humano a afetividade é o modo como o corpo vivencia seu contato com o mundo, sendo também uma emoção bastante presente (Dejours, 1999). Neste sentido, a afetividade torna-se uma importante base para a subjetividade do homem.

Numa relação, o prazer ou o sofrimento não podem ser mensuráveis, nem tão pouco visíveis, mas são manifestações vivenciadas. Para minimizar ou inibir a gênese do sofrimento nos relacionamentos humanos, torna-se necessário permitir a cada ser a manifestação de sua afetividade, o respeito pelas crenças e valores individuais, a valorização pelo trabalho realizado individualmente. Acredito que, quando estas situações são favoráveis, os atritos existentes em qualquer relação podem ser resolvidos.

Outra forma para discutir estes aspectos é através de um processo de comunicação eficiente, construído eticamente. Os trabalhadores que sofrem em decorrência da intensificação do trabalho, em virtude da degradação das relações interpessoais, do individualismo e da desconfiança, irão ter maior dificuldade em reagir diante das situações de sofrimento. Por isso, oferecer meios para a expressão do homem no trabalho, é o ponto de partida para a mudança deste cenário tão conturbado.

5.2 Quando o sofrimento emerge diante da morte e da dor

Como mencionado, a morte é parte inseparável da vida, assim como a percepção da dor pode ser vivenciada por todo ser humano em qualquer momento de sua vida. Discutir de modo intenso esta situação tende a favorecer que o trabalhador de enfermagem mude alguns de seus valores. Acredito, também, que a discussão sobre a morte deve iniciar-se nos cursos profissionais. Não pode-se permanecer no paradigma da missão de "salvar vidas", mas deve-se começar a entender que tudo na vida tem seus limites e que a presença da morte não significa necessariamente impotência. Aceitar a morte como fato natural, requer também a aceitação da vida. Atualmente, inúmeras discussões dizem respeito à qualidade

de vida, mas não pode-se esquecer do direito de também morrer com qualidade. Não quero dizer com isso que o fato de considerar a morte, em determinadas circunstâncias, como “natural”, não implica em lutar para que os serviços de saúde estejam adequadamente preparados.

5.3 Quando o sofrimento emerge do sofrimento alheio

A percepção do sofrimento alheio pode despertar na própria pessoa o sofrimento. Enfrentar esta situação não implica em assumir uma postura defensiva, mecanicista e distante. Há, em determinadas ocasiões, dificuldades em aceitar ou lidar com o sofrimento alheio. É necessário, então, compreender que como seres humanos temos emoções, paixões e alegrias, como também mágoas, angústias e tristezas. Favorecer a expressão dos sentimentos pode ser o caminho para se começar a aceitar o sofrimento alheio. Contudo, não podemos nos esquivar de interagir com outros seres em sofrimento, banalizando-os.

Acredito que estas reflexões não são suficientes para coibir o sofrimento do processo de trabalho da enfermagem. A eliminação do sofrimento, aqui relacionado ao trabalho, exige a participação de todos os envolvidos e não apenas o empenho de alguns. Esta responsabilidade não deve ser coibida pelo silêncio, pela passividade, pelos ligeiros apagamentos de vestígios ou "incêndios". Adotar uma postura inexpressiva quanto ao sofrimento alheio e aos colegas de trabalho é uma atitude desleal e desumana. Agir racionalmente, com ética, defendendo aquilo que se acredita como necessário ou vital para o trabalho, é o início de alguns processos de mudanças que veiculam a propagação do prazer e, porque não, da felicidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre as questões que envolvem o trabalho devem, na minha opinião, serem constantes nas discussões entre os trabalhadores e, especialmente, entre os que exercem suas funções gerenciais, sem, entretanto, estarem descolados de uma relação equânime e dialógica com todos os atores envolvidos na ação terapêutica em saúde.

No cotidiano enfrentamos inúmeros problemas sociais que se tornam o alvo de várias lutas ideológicas. A enfermagem possui um papel fundamental nesta luta. Porém, é fundamental que haja uma participação mais ativa dos trabalhadores nos processos decisórios, para a construção de mecanismos que lhes possibilitem a saída do estado de anomia, para recriarem seu espaço. Durante a realização deste estudo, foi possível perceber que os trabalhadores de enfermagem estão começando a articular-se, mesmo que timidamente, na tentativa de minimizar os conflitos que permeiam seu trabalho. Embora tenha ficado evidente que esta articulação ou tentativa de resolver seus problemas, está muito vinculada à instituição onde trabalham, como se somente isto bastasse.

A conquista de um novo caminho ou um novo modo de trabalhar permeado de prazer, deve privilegiar a participação dos trabalhadores visando conquistas, sendo que estas acontecerão se travarem lutas cotidianas. Para que ocorram transformações no mundo do trabalho é fundamental considerar a capacidade real dos trabalhadores de lutarem por aquilo que acreditam ser imprescindível para suas vidas.

A presente pesquisa possibilitou analisar o trabalho da enfermagem em UTI, o relacionamento entre os trabalhadores e como esses percebem seu trabalho. Com este novo olhar, penso poder contribuir, tanto pessoalmente como profissionalmente, para o crescimento do grupo de trabalho no qual estou inserida. Considero que pude colaborar

com os participantes da pesquisa, especialmente quando nos momentos de discussão coletiva o “colocar-se” foi possível.

Na minha opinião, o tema em questão merece ser aprofundado, uma vez que o fator de maior sofrimento é o conflito gerado de perturbações advindas do relacionamento interpessoal. Discuto a questão pois, nos últimos anos, a enfermagem do Hospital Universitário teve a oportunidade de também colocá-la em pauta, razão pela qual percebi a necessidade de se continuar este trabalho e empreender outros estudos aprofundando esta temática.

Contudo, as mudanças individuais conduzem a resultados relativos quando não são acompanhadas de transformações concomitantes na organização do processo de trabalho, na estrutura social das relações e no ambiente de trabalho. Por isso, acredito na importância deste trabalho e na divulgação dos resultados encontrados para a instituição onde atuo bem como em outros espaços apropriados para tal.

Em qualquer sociedade, a assimetria nas relações de trabalho contribuem para o surgimento da dominação e da subordinação e, assim, o local de trabalho se transforma em uma arena. Ao contrário, quando as possibilidades de reverter este descompasso são postas, nos é permitido transgredir os fatores de sofrimento no trabalho, fazendo uso de nossas potencialidades.

Finalizando, sugiro que cada trabalhador, nestes tempos de desafios, encare-os. Nunca se esconda. Fique sempre atento às oportunidades e construa o melhor que puder. Transforme cada problema em desafio e, cada desafio em vitória. Trabalhar com prazer é possível, não é proibido e é necessário para a vida de qualquer homem deste imenso planeta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva, rede básica de saúde em ribeirão preto**. Ribeirão Preto, 1997.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel & ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo : Cortez, 1989 (2ª ed.).

BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo Além do Assistir - Cuidando e Compreendendo a Experiência de Conviver Com o Cliente Internado em Unidade de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

_____. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos - a (re)invenção possível**. Blumenau: Nova Letra, 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona, 1979.

BECK, Carmem Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000, 260p.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiróz et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares internados em unidade de terapia intensiva (UTI). **Revista Esc. Enfermagem USP**, v32, n.2, p.134-139, ago, 1998.

BLACKBURN, Simon. **Dicionário Oxford de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. **Diário Oficial**, nº 106 - E, p. 9-18, junho, 1998.

BRAVERMANN, Henry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981 (3ª ed.).

- BREITH, Jaime. La pobreza urbana y la salud: una mirada desde la epidemiología crítica. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1990. p.281-302. Apresentado em: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1, Campinas, 02-06 set., 1990.
- BUB, Maria Bettina. **Teoria de Dorothy Johnson e a Classificação Diagnóstica de NANDA em Terapia Intensiva: Implicações para a Enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1992.
- BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho de enfermagem.** Rio de Janeiro: Copogright, 2ª ed, 1998.
- CAMPOS, Gastão W. **O Anti-Taylor: co-gestão e democracia em instituições. Bases para a construção de um novo paradigma para gestão e desenvolvimento de instituições: tomar algumas polaridades irremovíveis como alicerces do novo método.** S. d. (mimeo)
- CAPELLA, Beatriz B. **Uma Abordagem Sócio-Humanista Para um "Modo de Fazer" o Trabalho da Enfermagem.** Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.
- COOPER, Ann Mcgee & TRAMMEL, Duarte & LAU, Barbara. **Você não precisa voltar do trabalho cansado.** Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- COPALBO, Creusa. Alternativas Metodológicas de Pesquisa. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. **Anais,** Florianópolis, 1984. Editora da UFSC, p.130-157.
- CORRÊA, Adriana K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Revista Esc. Enfermagem USP,** v.32, n.4, p. 297 - 01, dez, 1998.
- DALMOLIM, Bernadete Maria. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo. São Paulo: 1998. 153 p.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez/Oboré, 1991 (4ª ed.).
- _____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, J-F.; Chanlat, A; Joly, A.; Dejours, C.; Hassard, J.; Vries, M. F. R. Kets de; Bédard, R. & Clegg, S. R. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** São Paulo: Atlas, 1993. p.149-73.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas; 1999. 158 p.

_____. **O Fator Humano.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999a. (2ª ed.)

DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho.** São Paulo: Editora Atlas, 1994.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DOMINGUES, Isabel Carmem & SANTINI, Luciana & SILVA, Vanda E. F. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de Sistematização. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.33, n.1, p.39-48, mar.1999.

ENGUITA, Mariano Fernandes. **Trabalho, escola e ideologia. (Marx e a crítica da educação).** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

FADIMAN, James e FRAGER, Robert. **Teorias da Personalidade.** São Paulo: Harbra, 1986.

FAIRMAN, Julie. Vigilância Atenta: Cuidado de Enfermagem, Tecnologia e o Desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva. **Nursing Research,** v.41, n.1, p.56-60, jan/fev, 1992. (traduzido)

FARIA, Eliana M. **A unidade entre a teoria e o método.** Apostila do Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, Florianópolis, 1996 (mimeo).

_____. **Comunicação na saúde. Fim da assimetria.** Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

FELISBINO, Janete E. **Experiência Assistencial de Enfermagem com Clientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus Familiares a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1990.

FERNANDES, Eda Corte. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** Salvador : Casa da Qualidade, 1996.

FILHO, João Ferreira da & JARDIM, Silvia (orgs.). **A danação do trabalho: organização e sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

FISCHER, Desmond. **O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade.** São Paulo: Ática, 1988.

- FICHTER, Joseph H. **Sociologia**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1973.
- FREIRE, Viviana L. & MARTINS, Josiane de J. & MONTEMEZZO, Elisete. Perfil Epidemiológico dos indivíduos internados na UTI do HU nos anos de 1997, 1998 e 1999. **IV Jornada Científica do Hospital Universitário**, Florianópolis, maio de 2000.
- FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. São Paulo: Imago, 1960. (Obras psicológicas completas).
- FROMM, Eric. **Conceito Marxista de Homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. (7ª ed.)
- _____. **Ter ou Ser**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987 (4ª ed.)
- GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: E.P.U., 1988.
- GONZAGA, F.S.R. **Para além do cotidiano: reflexão acerca do processo de trabalho de educação em saúde**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis, 1992
- GUARESCHI, Pedrinho A. & GRISCI, Carmem Lígia Iochins. **A fala do trabalhador**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979.
- JORNAL UNIVERSITÁRIO**. Universidade federal de Santa Catarina, n. 346, Florianópolis, abril de 2000.
- KANTORSKI, Luciane Prado. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.5-15, abril, 1997.
- KIMURA, Miako. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. **Revista Esc. Enf. USP**, São Paulo, 22(2):169-179, ago.1988.
- KOIZUMI, Maria S., et al. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva - problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 13 (2): 15 -145, 1979.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia geral**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 1990.
- LAUREL, Asa Cristina & NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e Saúde**. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LEOPARDI. M. T. **Qualidade de Vida no Trabalho: a busca de um trabalho omini lateral**. Florianópolis, UFSC, 1994 (mimeo).

- _____. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho, in LEOPARDI et all **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis, editora Papa-Livros, 1999.
- LEOPARDI, M.T. et all. **Saber Fazer, Saber Criar**. Núcleo de Pesquisa. Florianópolis, Editora Papa-Livro, 1995.
- LISBOA, Márcia T. L. **As Representações Sociais do Sofrimento e do Prazer da Enfermeira Assistencial no Seu Cotidiano de Trabalho**. Tese (Doutorado da Escola de Enfermagem Ana Nery), Rio de Janeiro, 1998.
- LUCKESI, C. et all. **Fazer Universidade uma proposta metodológica**. São Paulo: Cortez, 1987. (4ª ed.)
- LUNARDI FILHO, W.D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições a organização do processo de trabalho da Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Administração) Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 1995, 288p.
- _____. **O mito da subalternidade do trabalho do enfermeiro à medicina**. Florianópolis, Tese de doutorado, UFSC, 1998.
- _____. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n.1, jan/mar, 1997.
- LUNARDI FILHO, W.D. & LEOPARDI, Maria Tereza. **O trabalho da enfermagem - sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande, 1999.
- MACHADO, Lucila Regina de Souza. A educação e os desafios das novas tecnologias. In: FERRETTI, Celso João et al. **Tecnologias, trabalho e educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MARSDEN, Celine. Uma avaliação ética da UTI. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. v.8, n.3, p. 408-418, 1992. (traduzido)
- MARTINS, Josiane de J. **Trabalho: Significados Para os Trabalhadores de Enfermagem**. Monografia do Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1998.
- MARX, Karl. **El capital**. La Habana-Cuba: Imprensa Nacional de Cuba: 1962 (tomo I)
- _____. **Manuscritos económicos y filosóficos de 1844**. La Habana, Cuba: Editora Política, 1965.
- _____. **O Capital. Crítica da Economia Política**. v. 1, tomo 1, cap. V. São Paulo, 1983.
- MARX, K. & ENGELS, F. **La ideologia Alemana**. La Habana-Cuba: Edición Revolucionária, 1966.

- _____. **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa - Ômega, 1987.
- _____. **A Ideologia Alemã**. 7 ed. São Paulo, Editora Cortez, 1989.
- MELO, Cristina. **A Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1986.
- MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.
- MINAYO, Maria Cecília S. (org). **Pesquisa Social**. 2ª ed. Editora Vozes, Petrópolis, 1994.
- _____. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1998. (5ª ed.)
- MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 7ª edição, Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.
- NAKAO, Janete Rodrigues da Silva et al. Análise dos fatores que contribuem para que os funcionários do serviço de enfermagem trabalhem em duas instituições hospitalares. **Revista Paulista Enfermagem**, São Paulo, abr-mai-jun, 1986, p.78-82.
- NIGENDA, Gustavo & LANGER, Ana. **Métodos Cualitativos para la investigación en salud pública**. México: Perspectivas en Salud Publica, 1995.
- NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. Londres: Longman Green, 1973. (3ª ed.)
- OLIVO, Vânia Figuera. **O ser e o fazer na enfermagem: compreendendo o sentido de um trabalho em equipe**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.
- PALVEIQUERAS, Shirlene & ROSENDO, Célia Alves & COLLET, Neusa. A ética na enfermagem. **Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**, Florianópolis, 1994.
- PEREIRA, Maria José Batista et al. Grupo focal experiência na coleta de dados do projeto CIPESC/BR. In: CHIANCA, Tânia Couto Machado & ANTUNES, Maria José Moraes. (org.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. Brasília: ABEn, 1999.
- PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Avaliação da assistência de enfermagem ao paciente crítico - proposta de um instrumento. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, n.1, p.95-102, abr.1991.
- PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. **Processo de Trabalho em Saúde no Brasil, no Contexto das Transformações Atuais na Esfera do Trabalho**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

- _____. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**, São Paulo: Annablume, 1998.
- _____. **A organização do trabalho em saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. (mimeo)
- _____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Editora Papa-Livros, 1999.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC; 1990. 198 p.
- RAMOS, F. R. S. **Obra e Manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Florianópolis: Editora Universitária, 1996 .
- REGO, Marisa Palacios da Cunha & Melo de Almeida. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992. 81 p.
- RODRIGUES, Marcus V.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Petrópolis /Rio de Janeiro: Vozes, 1998. (4ª ed.)
- RODRIGUES, Maria do Socorro & LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- SERRA, Diego J. González. La concepción marxista del hombre: algunas ideias fundamentales. In: **Marx y la contemporaneidad**. La Habana-Cuba: Editorial de Ciencias Sociales, 1987.
- SHIMIZU, Helena Eri & CIAMPONE, Maria Helena Trench. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.1, março, 1999.
- SILVA, Claudia Osório da. **Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida**. Dissertação (Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro, 1994. 246 p.
- SILVA, Lorena Holzmann. Divisão sexual do trabalho. In CATTANI, Antonio D. (org) **Trabalho e Tecnologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997, p.61-63.
- SIQUEIRA, Moema Miranda de; & WATANABE, Fernanda Sue & VENTOLA, Adriana. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Revista Latinoamericana Enfermagem**: 3(1): 45-57, jan. 1995.

VAZ, M. R. C. Reflexões concernentes ao conceito de trabalho na cotidianidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.48, p.1168 -1171, abr/jun, 1995.

VIEIRA, Raquel Heloisa Guedes. **Perfil epidemiológico da UTI do HU-UFSC com ênfase no estudo da população idosa**. Monografia (Especialização em Gerontologia), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1993.

VIETTA, Edna Paciência. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuição para a base de uma teoria de enfermagem. **Rev. Paulista de Enf.**, São Paulo, Out/Dez, p. 132-139, 1986.

ANEXOS

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente documento declaro que estou ciente do projeto apresentado pela mestranda abaixo identificada, o qual será realizado na UTI/HU no período de dezembro de 1999 à fevereiro de 2000. Concordo em participar do projeto, desde que seja garantido o anonimato, bem como a desistência em participar deste a qualquer momento. Se durante algum momento for utilizado relatos meus pela mestranda, o mesmo deverá ser-me dado para confirmar o que ali estiver escrito.

Eu _____, ocupante do cargo de _____ na UTI/HU, concordo em participar deste projeto.

assinatura

Florianópolis __/__/__

Mestranda: Josiane de Jesus Martins

Telefone para contato: 331-9193 / 9961-2409

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Enfermeiro () téc.enf. () aux.enf () aux. Saúde () aux. Adm. ()

Idade: estado civil:

Sexo:

Turno de trabalho: M () T () N ()

Tempo de trabalho na UTI:

Tempo de trabalho na enfermagem:

Possui outro emprego: S () N () local: horário:

DADOS SUBJETIVOS

- 1 - Seu trabalho exige que você interaja com outras pessoas? Quem?
- 2 - Em algum momento você pode opinar ou tomar decisões? Cite exemplos.
- 3 - Você considera seu trabalho completo (início, meio e fim)?
- 4 - Seu trabalho permite que você use suas habilidades e talentos?
- 5 - Seu trabalho pode afetar o bem estar de alguém?
- 6 - Seus colegas ou chefia imediata conversam com você sobre seu desempenho?
- 7 - Como você descreveria seu trabalho?
- 8 - Você se sente realizado profissional e pessoalmente com o seu trabalho?
- 9 - Você se acha seguro para realizar seu trabalho?
- 10 - Sua vida afetiva interfere no seu trabalho?
- 11 - Que possibilidades de crescimento pessoal e profissional seu trabalho lhe oferece?
- 12 - Como é o relacionamento de sua equipe de trabalho?
- 13 - Que opinião você daria sobre a organização do seu trabalho?
- 14 - Existem fatores no seu trabalho que lhe proporcionam prazer?
- 15 - Existem fatores no seu trabalho que lhe causam sofrimento?
- 16 - Que sugestões você daria para melhorar seu trabalho?
- 17 - Você sente-se valorizado por realizar este trabalho?
- 18 - Você se sente preparado para utilizar as tecnologias disponíveis
- 19 - Você gostaria de realizar seu trabalho de outra forma?
- 20 - Você é feliz nesta profissão?