



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PRAZER E SOFRIMENTO NA PRÁTICA LABORAL DO  
ENFERMEIRO EM UMA UTI**

Fabiano Bitencourt Lima

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr. Joanir Pereira Passos

**Rio de Janeiro**

**Janeiro / 2014**

FABIANO BITENCOURT LIMA

**PRAZER E SOFRIMENTO NA PRÁTICA LABORAL DO  
ENFERMEIRO EM UMA UTI**

**Linha de Pesquisa** - O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr. Joanir Pereira Passos

**Rio de Janeiro**

**Janeiro / 2014**

Lima, Fabiano Bitencourt.

L732Prazer e sofrimento na prática laboral do enfermeiro em uma UTI /

Fabiano Bitencourt Lima, 2014.

98f.; 30 cm

Orientadora:Joanir Pereira Passos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1.Enfermagem. 2. Trabalho.3.Saúde do trabalhador.I.Passos,  
Joanir Pereira. II. UniversidadeFederal do Estado do Rio Janeiro.  
Centro de Ciências Biológicasede Saúde.Curso de Mestrado em  
Enfermagem.III. Título.

CDD – 610.73

## DEFESA DE DISSERTAÇÃO

### BANCA EXAMINADORA

---

**Presidente: Prof<sup>a</sup>.Dr. Joanir Pereira Passos**  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**1º. Examinador: Prof<sup>a</sup>. Dr. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza**  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

---

**2º. Examinador: Prof<sup>a</sup>. Dr. Nébia Maria Almeida de Figueiredo**  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**Suplente: Prof<sup>a</sup>. Dr. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva**  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**Suplente: Prof<sup>a</sup>. Dr. Teresa Tonini**  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

## **Dedicatória**

**Dedico esse trabalho, primeiramente, a DEUS por tudo o que tens realizado em minha vida, pelo seu imenso amor, suas bênçãos, misericórdia e pelo seu perdão. O Senhor tem sido uma fonte inesgotável de alegria, paz e inspiração, minha “ROCHA FIEL”!**

**Aos meus pais e ao meu irmão pela paciência, compreensão, carinho e amor, pois, nos momentos de dificuldade me fizeram enxergar além dos problemas, me dando a certeza que tudo daria certo. Vocês são as pessoas mais importantes em minha vida!**

**E a toda minha família, minha avó; meus tios e primos que sempre acreditaram em mim, me dando força, carinho e amor, o combustível indispensável nessa caminhada.**

## **Agradecimentos**

**Agradeço a todos os amigos que DEUS me agraciou e tem me agraciado a cada dia, quero que saibam que vocês são muito importantes para mim. Mas gostaria de agradecer em especial a Rosana, Aline Burges, Anderson e Otoniel, vocês foram companheiros, sempre presentes, nos momentos mais difíceis desta caminhada, essa vitória é nossa!**

**A minha querida e estimada orientadora prof<sup>a</sup>. Dr. Joanir Pereira Passos pela paciência, atenção, companheirismos e compreensão, principalmente, nos momentos difíceis mostrando-me o caminho certo a seguir. A Sr.<sup>a</sup> foi mais que simplesmente uma professora e orientadora, foi verdadeiramente uma amiga, obrigado por tudo!**

**Aos meus incentivadores e amigos o prof. Jorge Luiz Lima e a prof<sup>a</sup>. Denise Sória que acreditaram em meu potencial e torceram pelo meu sucesso. Tudo isso começou graças a vocês, obrigado!**

**A todos do Programa de pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, que foram sempre muito atenciosos, carinhosos e zelosos com os seus alunos.**

**Todos os membros da família PENSAT pela paciência, carinho, companheirismo, cooperação durante cada etapa da pesquisa. Vocês foram muito importantes! Sou muito grato, pois sei que fiz grandes amigos.**

**E a todos os entrevistados que contribuíram de maneira toda especial para o desenvolvimento do projeto, muito obrigado!**

LIMA, Fabiano Bitencourt. **Prazer e Sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI.** 2014. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro.

## RESUMO

O ambiente hospitalar é um espaço onde a relação oferta e procura se faz muito presente. De um lado, pessoas (pacientes), buscando soluções para suas questões de saúde, das mais simples as mais complexas, de outro o profissional de saúde, disposto a ajudar nessa busca, ofertando suas habilidades profissionais. Visto que a prática laboral é percebida pelas características do local de trabalho somada as atividades nele desenvolvidas, em alguns setores esta prática é mais perceptível e evidente, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um exemplo disso. E como a prática de assistir e cuidar, e a presença do profissional de saúde neste ambiente de trabalho, não são prerrogativas de uma única categoria profissional. O profissional que tiver um contato mais constante com o paciente e uma permanência maior neste ambiente de trabalho estará mais propenso a viver um desgaste laboral. Em virtude disso, o profissional de enfermagem, o enfermeiro em particular, que está 24 horas neste ambiente de trabalho e em contato com o paciente, sofre maior impacto dos efeitos advindos desta prática laboral. Deste modo, diante um processo de trabalho permeado de fatores que podem limitar ou bloquear a atuação do enfermeiro, surge a inquietação de como este profissional busca valorar e dar significado as suas atividades profissionais em um meio tão adverso. Desta forma, o ambiente laboral (UTI) como fator de prazer e sofrimento do enfermeiro, torna-se o objeto da pesquisa. Os objetivos foram identificar os fatores que despertam prazer e os que causam sofrimento ao enfermeiro de uma UTI em sua rotina laboral e discutir como esses sentimentos de prazer e sofrimento refletem no processo saúde-doença e trabalho desses enfermeiros, na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo qualitativo embasado na pesquisa descritiva. Os participantes da pesquisa foram 14 enfermeiros, de ambos os sexos, alocados na UTI adulto do maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos há mais de um ano. Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados selecionados foram examinados segundo a análise de conteúdo. Após análise dos dados foi possível identificar que os principais fatores que desencadeiam o prazer nos participantes da pesquisa estão relacionados ao significado do assistir para o enfermeiro e a relação no ambiente de trabalho, assim como, as condições de trabalho (ambientais, estruturais e funcionais) estão atreladas ao sofrimento destes indivíduos em seu ambiente laboral. Logo, a elucidação destes elementos e a sua compreensão poderão contribuir para que os enfermeiros em conjunto como as instituições de trabalho venham buscar estratégias que promovam um ambiente laboral mais equilibrado, salutar e, conseqüentemente, produtivo.

**Descritores:** Enfermagem; Trabalho; Saúde do Trabalhador

## ABSTRACT

The hospital is a place where supply and demand relationship becomes important. On the first side, people (patients), seeking solutions to their health issues, to simple to more complicated, other health professionals, willing to help in this quest, offering their professional skills. Until the working routine is perceived by the characteristics of the workplace plus the activities in some sectors, the routine is more obvious and evident, the Intensive Care Unit (ICU) is one example and as the practice of watching and caring, and the presence of health professionals working in this environment are not prerogatives of one professional category. Professionals who have a constant contact with the patient and better retention in this environment will be more prone to experience a work wear. The result are nursing professionals, nurses in particular, that is 24 hours in this environment and in contact with the patient, suffer the greatest impact from the effects of this working routine. On such a complex routine labor unrest arises of how this professional seeking to value and give meaning to their professional activities in such an adverse environment. This way, the workplace (ICU) as pleasure and pain nurse factor, becomes the object of research. The objectives: identifying the factors that arouse pleasure and causing suffering to an ICU nurse in your working routine and discuss how these feelings of pleasure and suffering reflect the health-disease process and work of these nurses, in terms of health worker. This is a qualitative study grounded in descriptive research. The research participants were 14 nurses, of both sexes, allocated in the adult ICU's largest public hospital in the state of Rio de Janeiro in overall volume of calls per year. For data collection semi-structured interview was used and selected data from the interviews were examined according to the content analysis described by Bardin. After analyzing the data, we found that the main factors causing pleasure in participating in the research are related to the meaning of watch for nurses and respect in the workplace, as well as working conditions (environmental, structural and functional) are linked to the suffering of individuals in their work environment. The elucidation of these elements and their understanding may contribute to nurses together as labor institutions will seek strategies that promote a more balanced, healthy and productive work environment.

**Descriptors:** Nurse, Health worker; Emotions.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1- Mapa aéreo do Hospital.....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 2- Esboço da planta da UTI.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 3 - Diagrama representativo do prazer e do sofrimento na rotina laboral do enfermeiro na UTI.....</b>	<b>81</b>
<b>Gráfico 1- Distribuição dos entrevistados quanto ao gênero dentro da UTI. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 2- Distribuição dos entrevistados quanto ao significado dos pseudônimos. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por idade. Rio de Janeiro– 2013.....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados pela renda mensal. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados pelo vínculo empregatício. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados pelo número de empregos como enfermeiros. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 7 - Distribuição dos entrevistados pelo tempo de atuação na UTI. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 1 - Número de evocações das palavras relacionadas e/ou associadas ao prazer. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 2 - Número de evocações das palavras relacionadas e/ou associadas ao sofrimento. Rio de Janeiro – 2013.....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 3 - Unidades de registro extraídas da análise – Prazer.....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 4- Unidades de registro extraídas da análise – Sofrimento.....</b>	<b>53</b>

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO .....	10
1.1 - OBJETIVOS .....	15
1.2- JUSTIFICATIVA.....	15
2 - APROXIMAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 A VIDA LABORAL E A SUBJETIVIDADE .....	18
2.2 ENFERMAGEM E UTI .....	22
2.3 PRAZER E SOFRIMENTO NA VIDA LABORAL.....	26
2.4 A CIÊNCIA DOS SENTIMENTOS E EMOÇÕES.....	32
3 - MATERIAL E MÉTODOS .....	37
3.1- CENÁRIO DO ESTUDO .....	37
3.2 - PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	40
3.3 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
3.4 - INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS .....	42
3.5 - TRATAMENTO DOS DADOS .....	43
4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
4.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	45
4.2 - CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS.....	55
4.2.1- Categoria I: Fontes geradoras de prazer no trabalho .....	55
4.2.2 - Categoria II: Fontes geradoras de sofrimento no trabalho .....	65
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
6 - REFERÊNCIAS.....	85
7- APÊNDICES .....	92
7.1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
7.2- ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	93
8- ANEXOS .....	94
8.1 PARECER DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE .....	94
8.2 PARECER DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	96

## 1- INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é um espaço onde a relação oferta e procura se faz muito presente. De um lado, pessoas (pacientes), buscando soluções para suas questões de saúde, das mais simples as mais complexas, de outro o profissional de saúde, disposto a ajudar nessa busca, ofertando suas habilidades profissionais. Contudo, este ambiente não se limita apenas a esta perspectiva de troca, envolve também um conjunto de elementos, sobretudo laborais, que vão além deste contexto e que serão abordados no decorrer desse estudo.

Pode-se dizer, segundo autores, que a interação estabelecida entre paciente/profissional constitui-se uma relação de ajuda. Relação que permite o profissional de saúde desenvolver competências como a comunicação, habilidade de interação, empatia, o toque, as distâncias e o respeito, assim como, suas aptidões laborais. De modo que todas estas habilidades venham desenvolver atitudes e comportamentos mais satisfatórios em sua relação com o paciente, que focalize não somente o problema, mas também o paciente em si (LOPES, 2005; AVANCI et al., 2009; MELO et al., 2011; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

Assim, esta interação, na qual se estreita a relação profissional/paciente, promove um ambiente simbiótico e terapêutico que possibilita a prática técnico-científica de várias categorias profissionais. Práticas que permite cada profissional de saúde desenvolver e aplicar seus conhecimentos científicos sobre suas perspectivas laborais, pois, segundo Oliveira e Chaves-Maia (2008), o profissional de saúde é um grupo formado por várias categorias profissionais: enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas entre outros.

De modo que esta diversidade profissional, em prol da ajuda ao outro, além de possibilitar a interação e a mescla de conhecimentos entre as categorias profissionais que formam o profissional de saúde, permite um olhar mais amplo e abrangente acerca das enfermidades que assolam a vida humana e uma assistência qualificada aos que necessitam dos seus serviços (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Todavia, esta experiência de troca proporciona aos envolvidos nessa relação a possibilidade de vivenciar situações conflituosas e paradoxais como:

cura e doença; esperança e desespero; vida e morte. O que torna o local no qual se desenvolve este relacionamento, o ambiente hospitalar, um espaço ambivalente.

Ambivalência esta, proveniente principalmente do processo de assistir e cuidar do outro. Processo este, que para Silva, Campos e Pereira (2011), é próprio da condição humana. Desta forma, envolve mais que simplesmente o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos científicos na busca da cura, envolve também uma mistura de sentimentos, que dão singularidade não apenas ao ambiente como, também, ao indivíduo envolvido neste processo.

Neste contexto, Dejours (2001) refere que quando o indivíduo realiza uma atividade, para que esta de fato tenha algum significado em sua vida, há mais que simplesmente o investimento material (intelectual e prático) em sua realização, existe também a necessidade de um investimento afetivo nesta atividade.

Desta forma, como a assistência e o cuidar são a base e o foco das atividades do profissional de saúde e do ambiente hospitalar, este profissional se encontra constantemente neste ambiente, convivendo e se expondo a esta mescla de sentimentos, os quais aliados aos ambientes e atividades insalubres existentes no ambiente hospitalar, tornam a prática laboral do profissional de saúde rica e heterogênea, porém difícil (KESSLER; KRUG, 2012).

E esta singular prática laboral pode ser observada e vivida por este profissional em quase todo ambiente hospitalar, respeitando as particularidades de cada setor, visto que a prática laboral é percebida por alguns autores pelas características do local de trabalho, somada as atividades nele desenvolvidas (LIMA-JÚNIOR; ESTHER, 2001; GUERRER; BIANCHI, 2008; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010; ASSUNÇÃO; CASTRO, 2011). E, em alguns setores esta prática é mais perceptível e evidente, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um exemplo disso.

Mediante a particularidade de um setor considerado fechado, tanto no aspecto estrutural quanto em sua dinâmica funcional, a UTI, conforme Tranquillini e Padilha (2007) reúne alguns componentes que a torna especial dentro do ambiente hospitalar, como: doentes graves, equipamento caro e

sofisticado e uma equipe com conhecimento e experiência para lidar com esse paciente e com essa aparelhagem específica.

Perante estas características, a prática laboral apresentada pela UTI de acordo com Martins, Robazzi e Bobroff (2010, p. 1108) exige dos seus profissionais certas especificidades e habilidades que os distinguem dos demais profissionais do ambiente hospitalar, que englobam: “pensar rápido, ter agilidade, resolutividade de problemas, ser capaz de lidar com tecnologia de ponta, dentre outros”.

Diante destas peculiaridades ambientais, estruturais e funcionais, Coronetti et al. (2006, p. 37) caracterizam a UTI como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do ambiente hospitalar, percebidas não apenas pelos pacientes e seus familiares, mas também pelos profissionais do setor.

Toda esta tensão e agressividade percebida, conforme Guerrer e Bianchi (2008), não advém apenas do processo de assistir e cuidar somado aos ambientes e atividades insalubres, mas, sobretudo do convívio com os pacientes graves e críticos. Neste sentido, Shimizu e Ciampone (1999) concordam que o convívio com esse tipo especial de paciente colabora para tornar o ambiente mais penoso e difícil, mas acrescentam que este convívio também contribui para a criação de vínculos afetivos entre os profissionais e pacientes, que na UTI se expressam de forma intensa.

Portanto, esses vínculos estabelecidos somados aos fatores ambientais, estruturais e funcionais, expõem esse profissional de saúde a uma série de elementos que podem ser tanto gratificantes quanto limitantes (FARIAS et al., 2011), ou seja, podem trazer tanto prazer e alegria quanto dor e sofrimento a esse profissional, o que torna mais perceptível a complexidade da prática laboral deste setor e evidente a possibilidade de vivenciar um desgaste laboral.

Desta forma, a prática de assistir e cuidar e a presença do profissional de saúde neste ambiente de trabalho não são prerrogativas de uma única categoria profissional (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). O profissional que tiver um contato mais constante com o paciente e uma permanência maior

neste ambiente de trabalho estará mais propenso a viver esse desgaste laboral.

Em virtude disso, o profissional de enfermagem, o enfermeiro em particular, que está 24 horas neste ambiente de trabalho e em contato com o paciente, sofre maior impacto dos efeitos advindos desta prática laboral, o que põe a enfermagem na lista das profissões mais desgastantes (HANZELMANN; PASSOS, 2010). A quarta profissão mais desgastante, acrescentam Teixeira e Mantovani (2009).

Esse desgaste vivido pelo enfermeiro ocorre devido ao contato frequente com as doenças, o sofrimento e a morte de seus semelhantes, o que o expõe a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica que aliado à complexidade dos procedimentos realizados e a necessidade do senso de responsabilidade, da resolução de problemas, da gestão de um número grande e variável de informações, entre outras atribuições, contribuem para o desgaste desse profissional, principalmente em uma UTI, podendo colocar em risco a saúde do mesmo (CORONETTI et al., 2006; SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HARMANN, 2011).

Porém, Dejours, Abdoucheli e Jayet (2012), nos alertam a respeito do que eles consideram como condições de trabalho, termo este, que de acordo com esta pesquisa, está inserido no significado de prática laboral. Segundo os autores não deveríamos reduzir tais “condições” unicamente as questões ambientais, funcionais e emocionais apresentadas pelo ambiente laboral, mas deveríamos também considerar, o que eles colocam como relações sociais (vínculos afetivos) no ambiente laboral e dar o seu devido valor.

A partir desse ponto, ao realizar o curso de especialização, sob a forma de treinamento em serviço para enfermeiros, nos moldes de residência em Enfermagem médico-cirúrgico, pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em um hospital de atendimento terciário de grande porte, houve a oportunidade não apenas de observar o cotidiano de um enfermeiro em uma UTI, como também algumas adversidades enfrentadas por este profissional.

E por meio desse contato diário com a dor, o sofrimento e a morte, entre outras situações (práticas e ambientais) extremamente angustiantes, outras

questões também foram observadas e enquadradas como possíveis adversidades e fatores que poderiam limitar e/ou bloquear a atuação do enfermeiro, como: sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental, baixos salários, falta de material para trabalhar, falta de autonomia, problemas relacionais com membros da equipe multiprofissional, dentre outros.

Porém, mesmo em meio a um ambiente tão adverso, foi observado que o enfermeiro, não demonstra querer mudar de profissão nem de setor de trabalho. E o que é mais contraditório, procura realizar suas atribuições de forma qualificada, demonstrando prazer e alegria, independente da situação.

Para Dejours (2001), ao realizar uma tarefa, o profissional investe tempo, material, energia e expectativas em sua execução e caso haja alguma barreira que o impeça de exercer toda sua potencialidade e/ou alcançar seus objetivos, este profissional verá os investimentos de seus esforços frustrados e poderá entrar em estado de sofrimento.

De maneira que, o prazer surge “quando é permitido ao trabalhador desenvolver suas potencialidades, conferindo liberdade de criação e de expressão, favorecendo os laços cognitivos-técnicos” (PRESTES et al., 2010, p. 739). O que demonstra que a atividade laboral do enfermeiro não é sinônimo de sofrimento e que existem situações tanto no processo de trabalho quanto no ambiente laboral que proporcionam prazer a este profissional (KESSLER; KRUG, 2012).

Estudos mostram que a relação entre prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais de enfermagem, evidencia que esses profissionais valorizam a necessidade de demonstrar afeto e dedicação ao lidar com a dor e o sofrimento do paciente e de seus familiares, como algo que confere significado ao trabalho, polarizando o prazer na realização das atividades [...]. No entanto, os profissionais revelam que assistir o paciente em uma UTI é uma das situações mais penosas de serem enfrentadas (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006, p. 457).

Deste modo, diante um processo de trabalho permeado de fatores que podem limitar ou bloquear a atuação do enfermeiro, surge a inquietação de como este profissional busca valorar e dar significado as suas atividades profissionais em um meio tão adverso. Desta forma, o ambiente laboral (UTI) como fator de prazer e sofrimento do enfermeiro, torna-se o objeto da pesquisa.

Sabe-se que, nenhuma prática está isenta de proporcionar prazer e/ou sofrimento, porém alguns fatores relacionados às características do trabalho, como sua forma de organização e as condições de realização desse trabalho, poderão determinar a presença desses sentimentos, em maior ou menor grau (LIMA-JÚNIOR; ESTHER, 2001).

Assim, diante a amplitude e importância deste tema ao profissional de enfermagem, alguns questionamentos foram levantados:

- ❖ Quais os principais fatores que geram prazer e causam sofrimento na prática laboral do enfermeiro em uma UTI?
- ❖ Como esses sentimentos, prazer/sofrimento, influenciam no processo de trabalho desse enfermeiro?

Mediante a tais questionamentos traçou-se os seguintes objetivos:

## **1.1 – OBJETIVOS**

- ❖ Identificar os fatores que resultam em prazer e os que decorrem em sofrimento ao enfermeiro de uma UTI em sua prática laboral;
- ❖ Discutir como os sentimentos de prazer e sofrimento refletem no trabalho subjetivo do enfermeiro.

## **1.2- JUSTIFICATIVA**

Como ser social e um considerável agente de transformação do seu meio e de sua própria história, o homem influencia e é influenciado pelo ambiente que o cerca. Neste sentido, a sociedade, a família e inclusive o trabalho (vida laboral), que é o foco do nosso estudo, são elementos de extrema relevância e significância na vida do ser humano.

Desta forma o trabalho, por está vinculado a questão de sustento; provisão e sobrevivência sempre ocupou um lugar de destaque na vida do homem e com o passar do tempo e as evoluções históricas ocorridas, seu significado foi sendo transformado e sua relação com o homem se estreitando e ganhando um valor cada vez maior.

Diante disso, o capitalismo, a globalização e a modernização tecnológica são fatores históricos, de considerável importância, que contribuíram para transformação e construção dessa nova concepção do trabalho na vida do ser humano, mudanças que implicaram não apenas na natureza do trabalho, como também em seu significado para o homem, que segundo Campos e David (2011), não foram apenas econômicas como também sociais e serviram para fortalecer ainda mais os laços entre o indivíduo e sua vida laboral.

Essas transformações fizeram com que o trabalho deixasse de ser um mero gerador de bens e sustento e se tornasse um fator que dá identidade e determina valores ao homem. A vida laboral deixa de influenciar apenas o aspecto físico e financeiro, e passa a exercer também uma importância no aspecto psíquico e emocional desse indivíduo (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Assim, o homem deixa de exercer suas atividades laborais apenas como um meio de subsistência, trabalhar por trabalhar. E passa a buscar não apenas a retribuição e o reconhecimento financeiro em suas atividades laborais como também o prazer e alegria ao realizá-las.

Em contrapartida, quando suas expectativas e energia depositadas na realização das atividades laborais não se concretizam, esta considerável fonte de prazer e alegria dá lugar a uma fonte de sofrimento e desgaste para esse indivíduo (HANZELMANN; PASSOS, 2011).

Visto a importância alcançada pela vida laboral na existência do homem, vários estudos têm sido realizados na área da Saúde do Trabalhador, preocupados com a relação entre o homem e sua vida laboral.

Por esta razão, esta pesquisa se propôs estudar a respeito do prazer e do sofrimento na vida laboral deste indivíduo, em especial do enfermeiro em uma UTI, pois, compreendemos que este profissional convive, constantemente, em um ambiente permeado por complexidades em todos seus aspectos, como estruturais, funcionais e emocionais.

E ser responsável por cuidar de pessoas, como é o caso do enfermeiro, obriga este profissional a dedicar mais atenção e tempo as suas atividades laborais, o que aumenta a possibilidade de vivenciar experiências frustrantes

e/ou limitantes que podem causar sofrimento a esse indivíduo (GUERRER; BIANCHI, 2008).

Reconhecendo que a vida laboral é uma fonte geradora de prazer e/ou sofrimento, a pesquisa torna-se relevante, pois, se compromete em identificar os fatores que são a origem do prazer e do sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro em uma UTI.

Assim, este estudo abordará temas que subsidiarão as reflexões sobre a enfermagem, a vida laboral e a Unidade de Terapia Intensiva, e como a interação entre os temas está relacionada com o processo de trabalho do enfermeiro e pode resultar em prazer e/ou sofrimento em sua prática laboral.

Por isso, tomamos como princípio, que a compreensão desses fatores (prazer e sofrimento), segundo Shimizu, Couto e Merchan-Hamann (2011), é importante para elaboração de estratégias que promovam melhorias no processo de trabalho e contribuam para uma vida laboral mais aceitável e equilibrada para esse indivíduo. Pois, acreditamos que a criação de um ambiente laboral equilibrado e saudável para o enfermeiro traz benefícios tanto para os profissionais quanto para aqueles que são o alvo do seu trabalho: o paciente.

Ademais, os resultados desta pesquisa tornam-se relevante contribuição acadêmica, pois, poderão ser utilizadas como fontes de informação para futuras pesquisas, mais profundas e abrangentes sobre a temática.

## **2 - APROXIMAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A VIDA LABORAL E A SUBJETIVIDADE**

Falar a respeito do significado e do valor do trabalho na vida do homem não é uma tarefa muito fácil de ser realizada, pois se trata de um tema amplo e complexo que envolve uma diversidade de elementos. De tal maneira, que para termos uma real noção do que representa esta atividade na vida do ser humano necessitaríamos de um conhecimento e uma compreensão mais aprofundada de toda esta heterogeneidade que permeiam o tema.

Desta forma, o intuito deste capítulo é fazer uma sucinta abordagem acerca das mudanças de significado, concepção e percepção do homem em relação a sua vida laboral (trabalho). Logo, buscaremos observar o valor e o significado agregado à relação homem-trabalho respeitando as transformações ocorridas no contexto social, político, ideológico e tecnológico ao longo da história da humanidade.

Nesta perspectiva, de maneira conceitual, podemos observar que o trabalho em sua relação com o homem possui uma conotação que se estende ao fator de adequação e adaptação histórico-temporal. Também funciona como um elemento que transforma, recria e reinventa a realidade a sua volta (ambiente), ou seja, à medida que o homem transforma o ambiente com seu trabalho e segundo suas necessidades, ele também é transformado por este ambiente (LESSA, 1996; ALMEIDA; MERLO, 2008; GARCIA et al, 2012).

Diante disso, considerando o caráter transformador do trabalho, podemos compreender que esta centralidade assumida pela vida laboral não é algo inerente ao cenário contemporâneo, tem suas raízes tão remotas e antigas como a própria humanidade (KESSLER; KRUG, 2012). De maneira que, esta relação já se estabelece há muitas centenas de milhares de anos, período em que a Terra ainda estava em formação e o homem retirava da natureza os elementos necessários para sua subsistência e sobrevivência (ENGELS, 1999).

Porém, diante a amplitude deste tema, não podemos restringir a vida laboral simplesmente a um fator evolutivo e de sobrevivência. Assim, outra característica pode ser adicionada a esta atividade, a sua capacidade de agregar, unir e integrar seres em prol de um objetivo comum.

Frente a isso, podemos observar que o trabalho contribuiu para que o ser humano começasse a andar em grupos e a desenvolver uma coletividade. De modo que esta coletividade cooperou para o início das relações e práticas sociais, ou seja, o homem começa a se socializar. Esta socialização colaborou para configuração e o desenvolvimento da sociedade, principalmente, no que se refere à sociedade ocidental (FARIA; ARAÚJO, 2010), sociedade esta na qual se baseará nosso estudo.

Nesta perspectiva, na Grécia antiga, sociedade clássica ocidental, além do fator agregador o trabalho assumiu um valor que advinha de toda e qualquer atividade árdua e que exigisse esforço. Pois, a relação que os gregos tinham com o trabalho estava condicionada a visão econômica da época: produção de bens de consumo e trocas comerciais (LOPES, 2009).

Este significado assumido pelo trabalho, comercial e econômico, durou todo o século XVIII e influenciou as relações e estruturas sociais da Europa Ocidental. Neste período a igreja exercia um domínio sobre os valores e ideais da sociedade. Com isso um novo ingrediente foi acrescentado à relação homem-trabalho, o caráter religioso (MELO JÚNIOR, 2008).

Entretanto, no início do século XIX, a igreja começa a perder seu poderio e sua influência sobre a sociedade. As características religiosas e agrícolas do trabalho, aos poucos, vão cedendo lugar aos emergentes ideais e valores capitalistas. De forma que, o trabalho se torna uma “fonte de lucro,” o trabalhador passa a vender sua mão-de-obra em troca de salário (capital), é o início da Era Moderna (CAMPOS, 2008).

Esse período ficou marcado não apenas pelas mudanças ideológicas na relação homem-trabalho, como também pelas mudanças ocorridas no próprio ambiente laboral. Uma atividade que antes era desenvolvida de forma manual em um cenário basicamente rural, passa a ser desempenhada em sua grande parte por máquinas e em um cenário industrial (DEJOURS, 2001). É a configuração da Primeira Revolução Industrial.

A partir disso, o capitalismo foi crescendo, se fortalecendo e adquirindo contornos onde a necessidade de expansão territorial e a inserção de novas tecnologias se tornou quase que uma exigência. Este período ficou caracterizado como a Segunda Revolução Industrial, onde os princípios

capitalistas começam a transformar não somente a base técnica do processo produtivo, como também, a própria organização do trabalho (LOPES, 2009).

A organização do trabalho é um compromisso entre o organizador e o executor da atividade a qual ocorre por meio de negociação entre as partes envolvidas. É uma relação social, uma aliança entre objetivos, prescrições e dificuldades para a realização do trabalho (CATALAN, 2012, p. 26).

Todavia, Dejours (2001) entende por organização do trabalho a divisão das atividades laborais, o conteúdo das tarefas, as relações de poder e o sistema hierárquico (as modalidades de comando e as questões de responsabilidade).

Assim, para que o processo de produção ocorresse de maneira satisfatória, à organização do trabalho passou a ser pensada de forma científica. Logo, no intuito de aumentar a produtividade alguns modelos organizacionais e de produção começaram a surgir. Modelos que para Prestes et al. (2010, p. 739), dispensavam a criatividade e estimulavam a competição entre os trabalhadores.

Exemplo disso, é o modelo conhecido por Taylorismo que busca otimizar a produção almejando o máximo da eficiência e aproveitando todo o tempo disponível do trabalhador, que segundo Campos (2008, p. 20):

[...] a partir dos estudos de Taylor, três princípios foram adotados para o desenvolvimento laboral: a separação da concepção e execução das tarefas, intensa divisão do trabalho e controle de tempo e movimento. Esses princípios limitavam o trabalhador, que era sistematicamente treinado e aperfeiçoado [...]. No entanto, impedia-se o trabalhador de expressar qualquer tipo de criatividade no seu trabalho.

Deste modo, o Taylorismo promove uma dominação física, psíquica e social do trabalhador, mantendo o controle e a vigilância das atividades realizadas pelo indivíduo. Entretanto, diante o crescente desenvolvimento industrial surgiu outro modelo de produção, o Fordismo, que favoreceu o aumento da mecanização do trabalho (MARTINS; AZEVEDO, 2010).

O Fordismo possibilitou a geração em massa de produtos e ampliou a mecanização da vida laboral. Este modelo se caracterizou por uma maior padronização do ritmo de trabalho e da mão de obra, reduzindo a participação

do trabalhador a simples atos, bloqueando ainda mais a iniciativa e autonomia do indivíduo (LARANJEIRA, 2000; LOPES, 2009).

Contudo, tanto o Fordismo como o Taylorismo promoveram uma radical separação entre o trabalho intelectual do trabalho manual. Esta separação do trabalho causou a neutralização da atividade mental do trabalhador e trouxe prejuízos tanto a saúde física quanto mental do indivíduo (DEJOURS, 2001).

Logo, todas estas transformações, em prol da produtividade e do capital, afetaram não apenas a saúde do trabalhador e o processo de trabalho como também toda a ordem social envolvida. O trabalhador passa viver subordinado aos princípios impostos pelo capitalismo (PRATA, 2011).

Diante disso, o trabalho começa atingir um patamar de importância e significância na vida do ser humano, onde os princípios e bases laborais vigentes não conseguem mais atender as exigências apresentadas, necessitando assim de uma reestruturação (CAMPOS, 2008).

Desta forma, a partir da segunda metade do século XX uma nova ordem geopolítica (globalização), tecnológica (aumento da informatização e inserção da internet) e organizacional (transição dos modelos rotineiros e repetitivos para um modelo polivalente e multifuncional) começa a se desenhar no cenário laboral mundial (LARANJEIRA, 2000; MARTINS; AZEVEDO, 2010).

Nesta nova configuração do trabalho os antigos modelos de produção entram em crise e surge outro modelo organizacional e de produção, conhecido como Toyotismo. Modelo caracterizado pela flexibilidade do trabalho e a polivalência dos seus trabalhadores. Este modelo busca qualificar os produtos e os serviços oferecidos e ampliar seu mercado de consumo (LOPES, 2009).

Diferente dos modelos organizacionais e de produção anteriores o Toyotismo prioriza o intelecto, exigindo uma versatilidade e qualificação do trabalhador. Este modelo promove a inserção de novas tecnologias (máquinas informatizadas), a diminuição do número de pessoal e a intensificação do ritmo de trabalho. Isso possibilita a sobrecarga e o desgaste profissional (LARANJEIRA, 2000; CAMPOS, 2008; LOPES, 2009).

Em decorrência da informatização, muito difundida nesse tipo de organização do trabalho, várias profissões deixam de existir e outras perdem o seu conteúdo. Ocorre a perda, por parte dos profissionais, do controle do trabalho que passa a ser realizado pela máquina ou por quem as detêm (CAMPOS, 2008, p. 21).

Deste modo, a vida laboral se tornou altamente dinâmica. Exigindo um grande esforço físico, mental e emocional do trabalhador e, sobretudo, uma elevada qualificação técnica e intelectual. Isso contribuiu de certa forma, para transformar o ambiente laboral em uma realidade extremamente individualista, agressiva e competitiva (MARINATO et al., 2010).

Assim, aos olhos do trabalhador, o ambiente laboral acaba se tornando um ambiente hostil. Logo, a fim de preservar sua saúde e executar qualitativamente suas atividades laborais, o trabalhador procura meios para manter seu ambiente laboral equilibrado. Com isso, a luta e/ou bloqueio das situações de sofrimento e a busca por tornar a experiência do trabalho algo prazeroso, se configura o novo desafio da relação homem-trabalho (GARCIA et al., 2012; KESSLER; KRUG, 2012).

## **2.2 ENFERMAGEM E A UTI**

Mediante as transformações ocorridas na vida laboral, a enfermagem é um exemplo de profissão que vem se adequando as multifaces apresentadas pelo trabalho ao longo da história da humanidade. Entretanto, além das mudanças ocorridas na vida laboral, as quais a enfermagem teve que se adaptar, esta profissão também superou os obstáculos referentes à sua própria história.

No que diz respeito ao contexto histórico da enfermagem, o nome Florence Nightingale é um símbolo que reflete a mudança na enfermagem, modernizando e organizando a enfermagem como profissão. Nightingale estruturou um modelo assistencial, pós-guerra da Criméia, trazendo um olhar crítico, questionador e reflexivo, ou seja, um arcabouço científico a uma prática antes alicerçada em valores e princípios caritativos e filantrópicos (CARVALHO, 2012). É o início da Enfermagem Moderna.

Porém, as mudanças ocorridas na enfermagem não puderam se restringir às inovações Nightingalianas, as quais sofreram as marcas e a influência das transformações e determinações histórico-sociais ao longo do tempo. De modo que, foram necessários anos para que a enfermagem construísse um corpo de conhecimento que garantisse sua identidade como profissão e possibilitasse sua estruturação no campo dos saberes.

E neste caminhar evolutivo e de autoafirmação, teóricos como: Sister Callista Roy, Myran Estrin Levine, Martha Rogers, Imogene King, Elizabeth D. Oren e a brasileira Wanda de Aguiar Horta, dentre outros, foram de suma importância na construção dos saberes específicos de enfermagem, na delimitação do seu campo de atuação e conseqüentemente na criação de sua identidade profissional (ALMEIDA et al., 2009).

Todavia, para Jesus et al. (2010, p.167), o saber de enfermagem estava baseado, em grande parte, no trabalho manual e fundamentado em virtudes de modéstia e abnegação, configurando-se como um saber pré-lógico e, portanto, um não saber.

Assim, esta reestruturação do saber em enfermagem fez-se necessária, conforme Carvalho (2012), para sua apreciação e valorização sócio-política. Contudo, David, Bonetti e Silva (2012) destacam também a importância dos movimentos e das lutas sindicais nessa reconstrução, reconfiguração e maior representatividade desta categoria profissional.

Contudo, a configuração de uma classe profissional com representatividade social e organização política ainda em formação, fez com que a enfermagem ainda hoje enfrente dificuldades de ordem profissional como: longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos de outros profissionais da área, falta de autonomia, entre outras (CARVALHO, 2012).

Frente a todos os desafios abordados, podemos observar que a enfermagem que outrora assumia valores caritativos vem se adequando face às mudanças sociais, políticas, ideológicas e também tecnológicas de cada época. Passando a assumir valores não apenas filantrópicos e caritativos, mas almejando também a produtividade com qualidade – o cuidado de excelência.

Desta forma, os novos princípios e bases científicas, que alicerçam a Enfermagem Moderna, contribuíram para a concepção de um modelo assistencial peculiar e um novo setor dentro do ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nascida de uma necessidade logística durante a guerra da Criméia, observada por Florence Nightingale, a UTI que conhecemos hoje se originou da separação empírica dos pacientes em estado crítico dos demais. Colocando-os em áreas especiais que favorecessem uma rápida intervenção e um monitoramento contínuo (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

A UTI é um ambiente laboral dinâmico para os trabalhadores, com grande circulação de pessoal (profissionais de saúde), emprego de tecnologia de ponta (havendo a necessidade contínua de capacitação) e o uso de novos equipamentos utilizados na assistência ao paciente em estado crítico (CRUZ, 2009).

A utilização da tecnologia nessa Unidade é fundamental para o cuidado ao cliente crítico e as máquinas exigem dos profissionais, principalmente do enfermeiro, habilidades para a sua utilização, treinamento e especialização da equipe de enfermagem, sendo esse um dos principais diferenciais entre a equipe que trabalha em CTI e a equipe que exerce suas atividades em outro setor (PAULA, 2009, p.21).

Além disso, a frequente possibilidade da morte do paciente e o permanente estado de atenção dos trabalhadores, devido à gravidade dos pacientes, são outras peculiaridades que caracterizam a UTI e tornam a prática laboral deste ambiente intensa e com uma significativa carga psíquica. (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Em virtude da constante expectativa de situações de emergências neste setor de alta complexidade tecnológica, com expressiva concentração de clientes sujeitos as mudanças súbitas de saúde, [...] caracterizam a UTI como um ambiente estressor, capaz de gerar uma atmosfera emocional comprometida, uma vez que requer a utilização constante de recursos tecnológicos apropriados para a observação, monitorização contínua das condições vitais do cliente e intervenção em situações emergenciais (CRUZ, 2009, p. 25).

Esta complexa dinâmica laboral apresentada pelo setor faz emergir um termo conhecido por variabilidade. Termo que vem sendo descrito pelos ergonomistas como o conjunto das variações, previstas ou não, pela organização do trabalho em relação à produção, a prática laboral e aos eventos que podem ocorrer entre os profissionais (CRUZ, 2009).

No entanto, semelhante à enfermagem, a UTI reflete as transformações do processo de desenvolvimento, principalmente no que se refere aos avanços tecnológicos na área da saúde. Porém, essas transformações que perpassam aos avanços tecnológicos, também envolvem o processo de trabalho desse setor (CAMPOS; DAVID, 2011).

Como a enfermagem é uma importante peça da engrenagem que movimenta a UTI, ela convive com as mudanças ocorridas tanto no ambiente

laboral quanto no processo de trabalho. E na perspectiva da variabilidade, o enfermeiro convive com as variações referentes ao quadro de saúde do paciente, a tecnologia utilizada, as características do trabalho e do ambiente laboral. De forma que, estas variações podem repercutir, positiva ou negativamente, na prática laboral do enfermeiro (CRUZ, 2009).

Estas transformações vão além de simplesmente assistir ao paciente, mas também inclui o cuidado, a manutenção e o funcionamento desse maquinário específico, estabelecendo relações entre o profissional de enfermagem/paciente/ambiente de cuidado (SCHWONKE et al. 2011).

Perante estas emergentes relações laborais estabelecidas vêm à tona conceitos nos quais se baseiam o trabalho em saúde. Conceitos que também se aplicam na UTI e que segundo Farias e Araujo (2010, p. 433-434) descreve esse processo de trabalho em três tipos de tecnologias:

[...] tecnologias duras, em que o trabalho já se encontra dado e cristalizado nelas mesmas, como máquinas e equipamentos; as tecnologias chamadas de leve-duras, que possuem duplo aspecto, de um lado, refere-se a saberes estruturados de determinada ocupação profissional, de outro, relaciona-se aos modos como esse trabalhador organiza o seu trabalho, de acordo com suas experiências pessoais e seus saberes próprios; e as tecnologias leves, que se presentificam no momento que o trabalhador se relaciona com o usuário, indicando falas, escutas, interpretações, acolhimentos, responsabilizações, vínculos, etc.

Dentro dessa perspectiva, a prática laboral do enfermeiro em uma UTI envolve a realização de tarefas permeadas por ambiguidades, apresentando aspectos gratificantes e limitantes em seu dia-dia (GUERRER; BIANCHI, 2008). Porém, os desafios que antes se limitavam a prática da enfermagem e sua representatividade como profissão, hoje vão além do lidar com fatores tecnológicos e ambientes. Envolve a própria relação com o trabalho e o seu significado para o profissional.

Neste contexto, Dejours (2001) nos chama atenção aos perigos trazidos por estas transformações e mudanças ocorridas no trabalho, não apenas no ato em si como também em sua relação com o trabalhador. Pois, segundo o autor esta modernização pode ocasionar a robotização desse trabalhador, ou seja, a separação do lado criativo e imaginativo, do lado físico e operacional desse profissional. É a retirada do significado e do valor do trabalho para o

homem, visto que o trabalho não é neutro em relação ao lado afetivo do trabalhador.

E como a enfermagem, ainda hoje, sofre uma forte influência dos modelos taylorista e fordista, esta perspectiva de robotização do trabalho na UTI se torna bem presente “uma vez que é marcante a divisão entre o trabalho intelectual e o braçal, o primeiro, realizado com maior frequência pelos enfermeiros e o segundo, pelos técnicos de enfermagem” (CATALAN, 2012, p. 25). E o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta são outros fatores que contribuem para esse processo (CARVALHO, 2012).

Diante disso, a relação de trabalho passa assumir uma forma que de acordo com Souza et al. (2011, p. 252) “é mais do que um ato de trabalhar ou vender sua força de trabalho em busca de remuneração”. É buscar prazer e alegria ao realizar este ato. Isso torna a busca pelo prazer e alegria na prática laboral o novo desafio deste tempo.

### **2.3 PRAZER E SOFRIMENTO NA VIDA LABORAL**

Perante as transformações ocorridas na vida laboral ao longo dos tempos, seus reflexos puderam ser observados não apenas na estrutura e na organização do trabalho, como também sobre aquele que desempenha as atividades laborais: o trabalhador. Porém, estas transformações só puderam ser observadas e analisadas na vida do trabalhador, a partir do momento que o trabalhador se conscientizou do impacto do trabalho em sua vida e começou a lutar por melhorias (DEJOURS, 2001).

Haja vista que este trabalhador exercia suas atividades laborais em ambientes totalmente insalubres e sem quaisquer condições de segurança, suas primeiras reivindicações se voltaram para as melhorias das condições ambientais de trabalho (higiene e segurança). Considerando como condição de trabalho o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, etc.); ambiente químico (gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.); ambiente biológico (bactérias, vírus, fungos, etc.); as condições de higiene; segurança e as condições antropométricas do local de trabalho (DEJOURS, 2001).

Porém, essa luta pela “sobrevivência” no ambiente laboral, aos poucos, mediante as conquistas alcançadas, foi dando espaço à luta pela saúde do

corpo (físico e biológico) desse trabalhador. Isso demonstra que esta conscientização não se limitou ao espaço físico do trabalho, mas também aos aspectos salutareis envolvidos no desempenho destas atividades.

Todavia, o autor Christopher Dejours, a partir dos anos 80, se destacou com suas pesquisas na área da Saúde do Trabalhador considerando que não só as doenças deveriam ser estudadas, como também, o elemento central envolvido nesta problemática: o trabalhador. Contrariando as tendências da época, o autor começou a pesquisar o impacto e as influências laborais na vida do trabalhador enfatizando a saúde mental deste indivíduo.

Desta forma, Dejours se tornou referência de uma revolucionária linha de pesquisa que começou a abordar o trabalho não como um agente patológico, e sim como um fator condicionante no processo saúde-doença e trabalho deste indivíduo. Dejours focou em seus estudos não apenas o ambiente laboral e suas estruturas, mas principalmente as dinâmicas organizacionais de trabalho e seus desdobramentos, e como estes elementos podem influenciar o aparelho psíquico do indivíduo.

De modo que estes estudos possibilitaram o desenvolvimento de uma nova abordagem científica na área da Saúde do Trabalhador, que vai além da relação saúde/doença, denominada Psicodinâmica do Trabalho. Logo, a Psicodinâmica do Trabalho considera todo o contexto de trabalho, de maneira que todas as situações envolvidas neste contexto podem influenciar o aparelho psíquico do trabalhador, proporcionando ao indivíduo experiências tanto de prazer quanto de sofrimento. Ao ponto destas experiências, positivas ou negativas, repercutirem ou não em uma patologia mental e/ou psicossomática (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

Todo tipo de trabalho produz uma carga psíquica que deve ser aliviada e equilibrada para não resultar em sofrimento. Ter prazer no trabalho é uma experiência subjetiva e relaciona-se intimamente com o uso da inteligência, iniciativa, criatividade, autonomia e possibilidade de se expressar, o que oportuniza a valorização e o fortalecimento da identidade pessoal (GARCIA et al., 2012, p. 154).

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, podemos observar o quão influente e significativo é a vida laboral para o homem. De tal forma, que Prestes et al.(2010, p. 739) afirmam que o trabalhador da era pós-industrial,

mediante as transformações ocorridas, passou a buscar em suas atividades laborais não apenas a retribuição financeira e o reconhecimento social como ocorriam há tempos passou a buscar também um significado emocional ao desempenhar estas atividades.

E este significado almejado na relação homem-trabalho ultrapassou seu valor de subsistência, integração social e econômica, alcançando o campo cognitivo da autoimagem e auto-realização. De maneira que para Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011), essa busca por significado na vida laboral não se restringe simplesmente a uma realização pessoal e profissional, mas também por ver refletido sua marca pessoal e suas características no desempenho destas atividades. O trabalhador procura se ver nas atividades que desenvolve.

Porém, este trabalhador não busca somente concretizar suas aspirações e ambições individuais em sua vida laboral, almeja também conciliá-los aos da instituição em que trabalha. Busca assim, uma sintonia que lhe traga uma sensação de plenitude e liberdade, conseqüentemente, o alcance do sentido e do significado laboral que tanto procura.

Assim, partindo do pressuposto que o alcance do sentido e do significado laboral para o trabalhador está diretamente ligado ao equilíbrio entre os valores subjetivos desse indivíduo e as aspirações institucionais, segundo Martins, Robazzi e Bobroff (2010, p.1109),

[...] o bem estar físico e o prazer são, simplesmente, a liberdade destacada no desejo de cada um na organização de sua vida e, por conseqüência, no trabalho; liberdade entendida sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas e relação existente consigo mesmo e com os outros.

Desta forma, compreendendo que liberdade é a capacidade do indivíduo transformar sua realidade conforme seus próprios desejos (DEJOURS, 2001). Ser livre se torna mais que um estado metafísico, é uma orientação e um caminho que conduz o indivíduo na direção do prazer. Diante disso, visto que o trabalho conceitualmente é um elemento transformador, pode ser considerado um dos meios que proporcionam ao indivíduo esta sensação de prazer.

De modo que, o prazer proporcionado pelo trabalho advém da liberdade do trabalhador colocar em prática suas expectativas laborais. Logo, esse

prazer se origina não apenas na possibilidade de descarregar energética e psíquica depositada nas atividades laborais, como também, em sua livre atividade. De maneira que, para que esta experiência se torne prazerosa o trabalhador deve se sentir transformado e revigorado por suas atividades laborais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012). É uma alimentação recíproca.

Pois, segundo Garcia et al. (2012, p. 154) pessoas felizes no trabalho adotam atitudes mais positivas tanto em sua vida laboral quanto em sua vida pessoal. Isso coopera para uma realidade mais saudável no aspecto biopsicossocial, na diminuição das doenças psicológicas e uma melhora qualitativa no desempenho de suas atividades laborais.

Contudo nem sempre as expectativas depositadas pelo trabalhador em suas atividades laborais dialogam com as propostas de trabalho apresentadas pelas instituições de trabalho. É o que Scherer, Pires e Schwartz (2009) conceituam como sendo trabalho real e trabalho prescrito. De maneira que o trabalho prescrito seria as propostas laborais idealizadas pelas instituições (normas, condutas, tempo gasto nas atividades, dentre outros) e o trabalho real seria aquele que ocorre efetivamente no ambiente laboral em seu dia-a-dia (FARIA; ARAUJO, 2010).

Diante disso, visto o dinamismo, a agressividade e a complexidade da vida laboral no mundo pós-moderno, esses conceitos de trabalho real e trabalho prescrito são confrontados diariamente pelo trabalhador em seu ambiente laboral. De modo que este trabalhador, em algum momento, tenha que se submeter a uma série de flexibilizações (normas, rotinas e atitudes) em seu conceito de trabalho, para manter-se no mercado de trabalho e garantir seu emprego (MARINATO et al, 2010).

Neste momento, quando o conceito de liberdade no trabalho é colocado em cheque e as expectativas do trabalhador e as aspirações institucionais entram em atrito. Neste instante, o trabalho se torna para o aparelho psíquico do indivíduo uma experiência perigosa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012). De modo que uma experiência, que antes era considerada um dos caminhos para o prazer, pode se tornar uma fonte de sofrimento.

Mediante esta perspectiva de sofrimento, o trabalho torna-se uma experiência negativa, principalmente, quando associado à rigidez hierárquica e organizacional. “Em via de regra quanto mais à organização é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta” (DEJOURS, 2001, p. 52).

A saúde mental não é a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme, mas a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. O que faz as pessoas viverem é o desejo, não só as satisfações. Quando o desejo não é mais possível, surge a perda do vigor, ocasionando sofrimento (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011, p. 717).

Desta forma, quando o trabalhador vê reprimida e suprimida sua criatividade, subutilizada suas capacidades técnicas e intelectuais e não vê perspectivas de mudanças nas consideradas situações laborais adversas, entra em estado de sofrimento. E na visão Dejouriana esse sofrimento pode assumir duas facetas: o sofrimento patológico e o sofrimento criativo.

De maneira que, o sofrimento patológico é a resposta às condições laborais consideradas adversas, quando todos os recursos defensivos do trabalhador já se esgotaram. O trabalho começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do indivíduo, empurrando-o para a descompensação (mental ou psicossomática) e para o adoecimento. Em contrapartida, o sofrimento criativo é a busca pelo equilíbrio psíquico do trabalhador estimulando as estratégias defensivas do indivíduo e minimizando a possibilidade de descompensação (mental ou psicossomática) e o aparecimento de doenças (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

Conseqüentemente, a manifestação dessas formas de sofrimento patológico torna o trabalho uma experiência desgastante. Sendo capaz, não apenas, de desestabilizar a identidade e a personalidade do trabalhador, como também, tornar-se uma considerável fonte de tensão, desprazer, fadiga e astenia. Aumentando desta forma a possibilidade do desgaste físico e/ou psicológico do trabalhador, o risco de acidentes e o absenteísmo (FLASH et al., 2009; MARTINATO et al., 2010).

Vale ressaltar que a saúde psíquica decorre da dinâmica entre a busca de prazer e a evitação do sofrimento. Por outro lado, o sofrimento não é patológico, mas, sim, um sinal de alerta para evitar o adoecimento. Pois a doença só se desenvolve quando o trabalho não possibilita a implementação de estratégias que possam atenuar as exigências e pressões laborais (PRATA, 2011, p. 31).

No entanto, buscando minimizar as consequências causadas pelo sofrimento e evitar o adoecimento, um recurso psicológico é utilizado pelo trabalhador para enfrentar, se adaptar, se adequar e/ou tentar transformar as situações laborais consideradas adversas, são as chamadas estratégias defensivas (DEJOURS, 2001). E dentre estas estratégias defensivas, três características se destacam de uma forma geral:

- a) a racionalização, caracterizada pelo emprego de justificativas em face das situações de conflito, com a finalidade de minimizar o contato com a realidade que causa sofrimento;
- b) a passividade expressa pelo comportamento de acomodação para justificar a não transformação das situações de trabalho, atribuindo assim o poder de mudança às forças externas numa tentativa de evitação de tédio, a desmotivação e o desinteresse pelo trabalho; e
- c) o individualismo, resultado do sentimento de impotência diante das situações que causam sofrimento, como falta de cooperação, de confiança, de socialização de regras, de separação entre planejamento e execução das tarefas e da desestruturação das relações psicoafetivas com o coletivo de trabalho (PRATA, 2011, p. 34).

Todavia, mesmo apresentando tais características, se pode dizer comuns a todas as categorias profissionais. As estratégias defensivas respeitam o caráter coletivo de enfrentamento das situações laborais adversas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012). De maneira que, as estratégias defensivas além de assumirem um aspecto individual e coletivo, segundo Campos (2008) adquirem também um caráter específico e singular a cada categoria profissional.

Diante disso, sob a óptica dos serviços de saúde, podemos observar que a relação homem-trabalho na área da saúde, apesar das suas particularidades, não é diferente. Visto que o trabalho em saúde pode ser compreendido como uma prática que busca a prevenção, promoção e a recuperação da saúde das pessoas, individualmente e em seu coletivo. O trabalho em saúde conforme

Faria e Araujo (2010), não produz apenas cuidado, mas sobretudo produz cuidadores.

E nessa premissa, como o enfermeiro é um dos profissionais que se enquadra nesta proposta do trabalho em saúde, precisa tanto desta cuidadosa atenção quanto o público alvo do seu trabalho: o paciente. De acordo Martins, Robazzi e Bobroff (2010), este profissional possui um cotidiano repleto de fatores que podem favorecer ao sofrimento.

Pois segundo os autores, esta categoria profissional além de se caracterizar pela fragmentação do trabalho, seguindo os princípios do Taylorismo, se depara constantemente, com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, convivência com a vida e a morte, longas jornadas de trabalho, dentre outros fatores.

Diante esta complexa realidade laboral, podemos observar o quanto é importante à compreensão dos elementos que compõem o contexto de trabalho do enfermeiro. Visto que o foco do trabalho do enfermeiro são pessoas, estas reais possibilidades de experiências negativas e do adoecimento podem desenvolver nesses profissionais estratégias que venham de alguma forma, descaracterizá-lo, desfigurá-lo e comprometer a qualidade do seu trabalho: impessoalidade no contato com o paciente; distanciamento emocional na relação profissional/paciente; evitar a comunicação com o paciente e familiares; e valorização dos procedimentos técnicos em detrimento aos relacionamentos interpessoais (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009; MARTINATO et al., 2010; SANTOS et al., 2013).

Assim, a compreensão deste específico processo de trabalho “produz” não apenas o cuidado, mas também indivíduos capazes de lutar pela saúde do seu próximo, como também, por sua própria saúde. Possibilitando assim a realização de uma assistência mais qualificada.

## **2.4 A CIÊNCIA DOS SENTIMENTOS E EMOÇÕES**

Até o momento tivemos a oportunidade de observar os quão influentes e significantes são os sentimentos de prazer e sofrimento na vida laboral do ser humano, assim como, as emoções que podem ser reveladas pelo indivíduo no

exercício de suas atividades laborais como: alegria/tristeza, raiva/serenidade, coragem/medo, ansiedade/paciência, entre outros (DAMÁSIO, 2009).

Todavia, embora haja esta íntima relação entre sentimento e emoção, eles devem ser entendidos e compreendidos como fatores distintos, pois, esta separação é algo a ser considerado e uma importante característica do processo evolutivo das espécies (DAMÁSIO, 2009).

Desta forma, no intuito de tornar esta diferença conceitual mais clara e compreensível buscaremos fazer uma breve distinção entre sentimentos e emoções. De modo que, utilizaremos como base a visão de Antônio Damásio para alicerçar nossa discussão e agregar um olhar científico a respeito das manifestações destes respectivos temas.

Damásio é um líder em neurociência reconhecido internacionalmente. Seus interesses de pesquisa incidem sobre o papel das emoções nas ações conscientes e inconscientes, resultando em trabalhos que têm ajudado a elucidar as bases neurais da emoção e sentimentos, mostrando que eles desempenham papéis centrais nos processos decisórios e na cognição social (FREIRE, 2010, p. 17).

Frente a isso, Almada (2009) refere que as emoções podem ser consideradas como estados mentais que ocorrem no exato momento em que as respostas corporais são percebidas pelo cérebro, ou seja, uma ativação neurocortical onde há a combinação do sistema nervoso autônomo com as reações neuroendócrinas.

Os seres humanos são dotados de áreas cerebrais desenvolvidas, áreas associadas ao córtex pré-frontal responsáveis pela cognição. Isso possibilita o ser humano tornar conscientes as reações emocionais, ou seja, os sentimentos seriam justamente a percepção do indivíduo diante as emoções, são experiências subjetivas que somente a pessoa tem acesso (PINHEIRO, 2003).

Logo, as emoções são as ações e manifestações que ocorrem no teatro do corpo, muitas vezes públicas como: mudanças nas expressões do rosto, na voz, no ritmo e nos movimentos do corpo, dentre outras. Já os sentimentos, por outro lado, ocorrem no teatro da mente cujos eventos são necessariamente invisíveis ao público, pois ocorrem no cérebro, por exemplo, os pensamentos relacionados a alguma situação vivenciada (DAMÁSIO, 2009).

Assim, o autor afirma que primeiramente ocorrem as emoções, construídas e despontadas a partir de reações simples do organismo e, posteriormente, se manifestam os sentimentos, desenvolvidos através de reações mais amplas, complexas e duradouras. De modo que esses mecanismos evolutivos, corporais e mentais, vislumbram a autopreservação da espécie.

[...] para que haja sentimento, é necessário que o processo do circuito neural emocional vá um passo além. É necessário que haja uma passagem, uma sequência entre as áreas subcorticais responsáveis pela emoção, e as áreas corticais pré-frontais, responsáveis pela cognição, para que a pessoa crie sentimentos conscientes (FREIRE, 2010, p. 18).

Portanto, tais mecanismos evolutivos são utilizados para manter o equilíbrio entre o indivíduo (corpo e mente) e o ambiente em favor da vida. De maneira que este equilíbrio não visa à neutralidade dos fatos e sim o estado de “bem estar” do indivíduo frente às situações (CAGNIN, 2008). E nessa premissa o termo homeostasia pode ser utilizado no sentido de manter o estado de vida bem regulada do indivíduo.

Deste modo, as reações homeostáticas são instrumentos avaliativos do meio, de forma a promover respostas internas e externas do organismo frente às circunstâncias. E de acordo com estas respostas, o indivíduo pode tanto detectar as oportunidades existentes nas circunstâncias, se aproximar e desfrutar das situações vivenciadas, quanto se afastar do meio e se retrair frente às condições e aos problemas apresentados (DAMÁSIO, 2009).

Nesta perspectiva, o autor busca demonstrar esse processo homeostático e, por ventura, esse estado de “bem estar” do indivíduo através da representação de “uma árvore bem alta e larga em que os variados ramos são os fenômenos automáticos da regulação da vida” (DAMÁSIO, 2009, p.38-42). De maneira que na base desta árvore se encontram os processos metabólicos que sustentam e dão “profundidade” aos eventos que ocorrem nos demais ramos.

Nesses processos metabólicos estão incluídos os mecanismos químicos e mecânicos que controlam, por exemplo: as secreções endócrinas/hormonais; as contrações musculares relacionadas à digestão; o equilíbrio

químico que controla o ritmo cardíaco e a pressão arterial; sistema imunológico e outras reações importantes para o organismo.

E como estes fenômenos são automáticos e complementares, nos ramos médios da árvore se localizam os comportamentos relacionados à noção de prazer ou sofrimento, alicerçada pelos eventos anteriormente descritos. Essas atitudes e comportamentos incluem as reações de aproximação e retraimento/afastamento mediante as situações que se apresentam ao indivíduo.

Vale lembrar, que o corpo reflete e reage às interpretações do cérebro, inconsciente e/ou conscientemente, frente às situações apresentadas, sejam elas positivas ou não. E diante estas situações os fatores que impulsionam e incitam os comportamentos do indivíduo são chamados de pulsões e motivações (PINHEIRO, 2003; ALMADA, 2009).

Isso se traduz, por exemplo, através de atitudes de confiança e descontração, mediante as situações de prazer, em resposta a liberação de endorfinas (serotonina) pelo organismo. Por outro lado, diante as situações adversas o corpo pode sinalizar o sofrimento através de problemas no sistema imunológico que podem favorecer o surgimento de doenças, assim como, uma atitude prótica de retração e reprovação aos eventos ocorridos e uma postura mais dependente e apática diante as situações impostas.

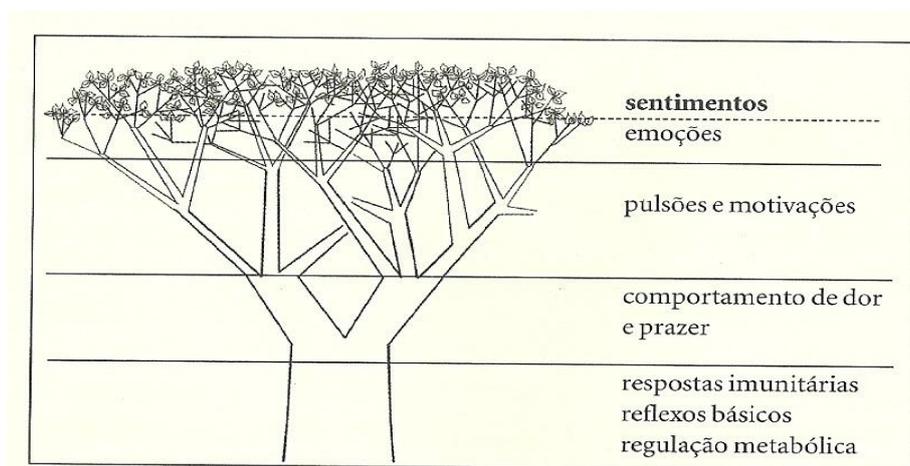
Próximo ao cume desta árvore está às emoções propriamente ditas como: alegria, tristeza, orgulho, medo, simpatia, vergonha e outros. De maneira que, estas emoções sofrem a influência das experiências vividas e do processo de aprendizado, que podem intensificar e ampliar a lembrança de fatos novos (CARVALHO, 1999; PINHEIRO, 2003). E estas emoções contribuem direta ou indiretamente para a regulação da vida e alicerçam os sentimentos.

Desta forma, a evolução “construiu primeiro os mecanismos para a produção de reações a objetos e circunstâncias, a estrutura da emoção. Depois os mecanismos para a produção de mapas cerebrais que representam essas reações e os seus resultados, a estrutura dos sentimentos” (DAMÁSIO, 2009, p. 87-88).

Assim, chegando ao cume desta árvore e ao clímax deste ciclo de reações homeostáticas e adaptativas encontramos os sentimentos, que são as

respostas voluntárias do indivíduo frente a todo este processo. De maneira que, o conteúdo essencial desses sentimentos é o estado corporal mapeado, sistematicamente, em certas regiões cerebrais a partir do qual certa imagem mental do corpo pode emergir em resposta as emoções apresentadas, e estas respostas podem ser positivas ou negativas (DAMÁSIO, 2009).

De modo que, a realização desse processo cognitivo sobre as sensações subjetivas do corpo (emoções), pode ser ou não cultivados pelo indivíduo. E esta capacidade de decisão é umas das características que diferenciam o homem das demais espécies e o coloca no topo da escala evolutiva (FREIRE, 2010).



**Figura 4 - Árvore dos processos homeostáticos**

Fonte: Damásio, 2009.

### **3 - MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa foi desenvolvida utilizando uma abordagem qualitativa, buscando dessa forma o recurso mais adequado para o alcance dos objetivos propostos. Com essa abordagem pôde-se destacar as relações humanas e seus significados, o que contribuiu para a elaboração da pesquisa. Pois para Figueiredo (2009, p.96) a pesquisa qualitativa “está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia”.

O estudo foi embasado na pesquisa descritiva, que segundo Polit e Beck (2011), o propósito desse tipo de estudo consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação, buscando estabelecer relações entre as variáveis existentes, sem tentar inferir conexões causais. Isso proporciona ao pesquisador um conhecimento mais aprofundado a respeito dos fatos e fenômenos estudados, acrescenta Triviños (1987).

Frente a isso, a escolha por esse tipo de pesquisa e por esta abordagem foi de extrema relevância para o alcance dos objetivos do estudo. Visto que contribuíram para alicerçar e subsidiar a discussão dos dados que emergiram dos relatos dos participantes da pesquisa. Dados estes que, posteriormente, serão apresentados e discutidos mais detalhadamente.

#### **3.1- CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, do maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos. O hospital está localizado em um município da cidade do Rio de Janeiro, na confluência de três importantes vias de acesso: Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha. E insere-se em uma área onde há a maior concentração de favelas e o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2006).

A instituição está vinculada ao Ministério da Saúde, em cogestão com o Estado e o município e com orçamento próprio. É considerado um hospital de média complexidade com alguns serviços de alta complexidade e contando atualmente com, aproximadamente, 500 leitos funcionantes (BRASIL, 2006).

Possui um serviço de emergência não regulada e serviços de maior complexidade, como a Maternidade nível III, Oncologia e Transplantes Hepático e Renal. É referência para Região Metropolitana e todo Estado do Rio de Janeiro para os serviços de Nefrologia e Hepatologia, além de Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

O Hospital possui uma infraestrutura com mais de 42 mil m<sup>2</sup> de área construída. Distribuído em seis prédios de quatro a sete pavimentos cada, apresentando além do térreo, uma grande área de interligação no subsolo, com exceção do prédio 06. A instituição conta também com outras cinco construções menores: depósito, garagem, igreja, posto bancário.

A distribuição dos serviços e setores desses seis prédios apresenta-se da seguinte maneira:

- ❖ **Prédio 01** – Clínicas Médicas e Cirúrgicas.
- ❖ **Prédio 02** – Unidade Materno Infantil.
- ❖ **Prédio 03** – Zeladoria, Almoxarifado, Serviço de Oncologia.
- ❖ **Prédio 04** – Direção, Administração, Arquivo Médico, Bancos de Sangue e de Olhos e Odontologia.
- ❖ **Prédio 05** – Patologia Clínica, Anatomia Patológica e Centro de Estudos.
- ❖ **Prédio 06** – Ambulatório.



**Figura 1- Mapa aéreo do Hospital**

Fonte: BRASIL, 2006.

A UTI estudada situa-se no 2º andar do prédio 01 da referida instituição. A unidade recebe pacientes que necessitam de cuidados intensivos provenientes de várias clínicas do hospital e, em casos especiais, de outras instituições. Envolvem as especialidades clínicas e cirúrgicas, situações específicas de agravo agudo de saúde que não tem condições de receber tratamento nas enfermarias.

Essa unidade está dividida em quatro áreas: administrativa, de estar dos profissionais de saúde, acondicionamento de materiais e equipamentos e a unidade de internação dos pacientes. A área administrativa compreende a secretaria e as salas de chefias de serviço. A sala de estar é um espaço reservado para a alimentação (copa) e descanso dos profissionais de saúde. Possui dois dormitórios, um para equipe médica e outro para a equipe de enfermagem.

A unidade de internação é composta por dez leitos, distribuídos em boxes individuais, de tamanhos variados e pelo posto de enfermagem. Este encontra-se centralizado na unidade e possui três bancadas, duas utilizadas para os registros, principalmente, da equipe de enfermagem e a outra utilizada para o preparo dos medicamentos pelos profissionais de enfermagem. O posto de enfermagem possui também dez escaninhos, individualizados, destinados a guardar a medicação do dia dos pacientes.

Existe também a sala de reuniões, considerada uma área administrativa, é um espaço utilizado para guardar os registros da equipe multidisciplinar, assim como para a discussão diária dos casos clínicos. E dentro da unidade de internação há espaços reservados para o depósito de materiais e equipamentos, sala e depósito do material para a limpeza e o expurgo.

Vale ressaltar, que além das características descritas acima, a unidade conta também com a presença de recursos tecnológicos apropriados para o cuidado do paciente crítico, como: respiradores mecânicos, bombas infusoras, monitores, desfibriladores, unidade móvel de ressuscitação cardio-respiratória, entre outros. E estes equipamentos são constantes nesta unidade, o que torna o cenário do estudo um lugar singular.



**Figura 2- Esboço da planta da UTI**  
 Fonte: Autor

### 3.2 - PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na UTI adulto, a prestação dos serviços é realizada por intermédio de uma equipe multiprofissional, da qual participa o enfermeiro plantonista, enfermeiro diarista, técnicos de enfermagem, médicos, residentes de enfermagem e medicina, fisioterapeutas e outras especialidades que dão suporte a essa equipe multiprofissional: nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, entre outros.

No entanto, os atores sociais que fizeram parte desta pesquisa foram os enfermeiros, devido à singularidade e complexidade de suas atividades laborais. Enfermeiros de ambos os sexos, lotados na UTI adulto há pelo menos um ano. Foi utilizado este período de tempo para garantir uma riqueza de experiências dos participantes, o que contribuiu e enriqueceu a pesquisa.

Envolveu enfermeiros de todos os turnos (diurno e noturno), no total de 14 enfermeiros lotados no setor, correspondendo a 100% do quadro. Foram excluídos deste estudo residentes de enfermagem e os enfermeiros de férias ou licença no período da coleta de dados.

Os participantes foram identificados através de codinomes alfanuméricos (Enf1, Enf2, Enf3...), ou seja, a identificação dos participantes foi feita de

acordo com a ordem das entrevistas e de forma a manter seu caráter confidencial e o seu anonimato.

Assim, a unidade conta com seis equipes de enfermagem, três diurnas e três noturnas, totalizando 49 profissionais de enfermagem em uma escala de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso. Desse total, 14 são enfermeiros e 35 são técnicos de enfermagem. Estando cada equipe composta, em média, por dois enfermeiros e cinco técnicos, responsável por atuar na assistência direta ao paciente. Os enfermeiros, além da assistência direta atuam, também, na supervisão, coordenação e viabilização das questões administrativas de toda a unidade.

Enquanto que o enfermeiro diarista atua, principalmente, na manutenção e coordenação do setor em uma escala de seis horas/dia e cinco dias por semana. Dos dois enfermeiros diaristas, um é exclusivo para as questões burocráticas/administrativas (chefe da unidade) e o outro realiza tanto as questões burocráticas/administrativas do setor, quanto o suporte às atividades assistenciais.

Todavia, dos 12 enfermeiros plantonistas três deles têm a carga horária reduzida para 20 horas semanais, por possuir mais de uma matrícula pública. Esta redução de carga horária causa um considerável déficit nos recursos humanos (enfermeiros) da unidade, e torna-se um dos grandes problemas vivenciados pelo setor e por estes profissionais.

### **3.3 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Os participantes da pesquisa foram informados e esclarecidos sobre os propósitos do estudo e o destino dos depoimentos, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice 1). Pois se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, e o Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12, de 12 de dezembro de 2012) exige que o participante da pesquisa esteja ciente do propósito do estudo, dê consentimento aos termos propostos e seja eximido de qualquer dano ou prejuízo.

Vale ressaltar que todos os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente observados pelo pesquisador, ou seja, o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa da Instituição proponente (UNIRIO), sendo aprovado em 26 de junho de 2013, Parecer nº 316.837 (Anexo 1). E, submetido também à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição coparticipante, hospital onde está inserido o cenário do estudo, referido anteriormente. Sendo aprovado em 04 de julho de 2013, Parecer nº 325.742 (Anexo 2).

### **3.4 - INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS**

Dadas as devidas atenções aos preceitos ético-legais para realização do estudo, foi iniciada a coleta dos dados. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturada e individual (Apêndice 2). Roteiro contendo questões, relacionadas ao tema estudado, que ajudaram a caracterizar o participante da pesquisa, bem como o alcance dos objetivos propostos. Utilizamos este instrumento com a finalidade de dar mais confiabilidade e uma maior riqueza de detalhes aos dados de nossa pesquisa.

Esse tipo de instrumento requer a elaboração de questionamentos básicos, apoiados nas questões e teorias descritas no estudo, de forma a oferecer um amplo campo de interrogativas, que possam vir a surgir no transcorrer da entrevista (FIGUEIREDO, 2009). A entrevista semiestruturada é utilizada pelos pesquisadores como guia, de maneira que permite com que o pesquisador encoraje seu entrevistado a falar mais livremente, explorando mais profundamente os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011).

A realização das entrevistas ocorreu de acordo com a disponibilidade de cada participante, em data, local e hora preestabelecidos, no período de julho a agosto do ano de 2013. As entrevistas foram gravadas com um gravador digital, com o intuito de captar o discurso do entrevistado (participante da pesquisa) em sua íntegra. Obtivemos um total de oito horas e dez minutos de entrevistas gravadas, em média 35 minutos de duração cada entrevista.

Ao término das entrevistas, os depoimentos foram transcritos para o computador e enviados, de acordo com a preferência dos participantes, por e-mail e/ou impressos aos entrevistados para sua aprovação. Dando aos participantes da pesquisa a oportunidade de acrescentar e/ou retirar algum conteúdo do seu discurso. No entanto, todos os participantes da pesquisa

preferiram, por questões de facilidade, o envio por e-mail e se pronunciaram aprovando a entrevista.

Findado o período da coleta dos dados e, realizada a análise dos mesmos, às entrevistas foram arquivadas pelo pesquisador, como foi informado e esclarecido ao participante da pesquisa no ato de sua abordagem.

### **3.5 - TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados extraídos das entrevistas foram examinados pela Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011), um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens. Mediante esses discursos houve um desmembramento dos textos em unidades, e depois em categorias segundo reagrupamento analógico.

Nesta técnica o tratamento das informações, contidas nas mensagens dos participantes da pesquisa, consistiu em analisar o conteúdo das entrevistas buscando compreender o que estava implícito no discurso do participante e codificar estas informações em unidades de compreensão.

Para a organização e análise dos dados que foram obtidos, utilizamos os seguintes procedimentos (BARDIN, 2011):

- ❖ **A pré-análise:** as idéias principais foram organizadas pela escolha dos documentos que foram submetidos à análise; foi feita uma detalhada e exaustiva leitura do conteúdo dos discursos dos participantes, foram extraídas todas as informações pertinentes para pesquisa; após a leitura exaustiva dos discursos foram determinadas as unidades de significação, através do recorte dos depoimentos, a fim de orientar a análise do conteúdo.
  
- ❖ **A exploração do material:** esta fase consistiu essencialmente em operações de codificações, decomposição ou enumeração das informações. Os dados brutos foram transformados para atingir a representação do conteúdo e agregados em unidades que permitiram a descrição das características dos conteúdos. Por isso se tornou uma fase longa, exaustiva e fastidiosa.

- ❖ **O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:** os dados brutos foram tratados de maneira significativa, se tornaram “falantes”. E estes resultados proporcionaram ao pesquisador condições para interpretar e intervir, de forma consistente, acerca da realidade estudada.

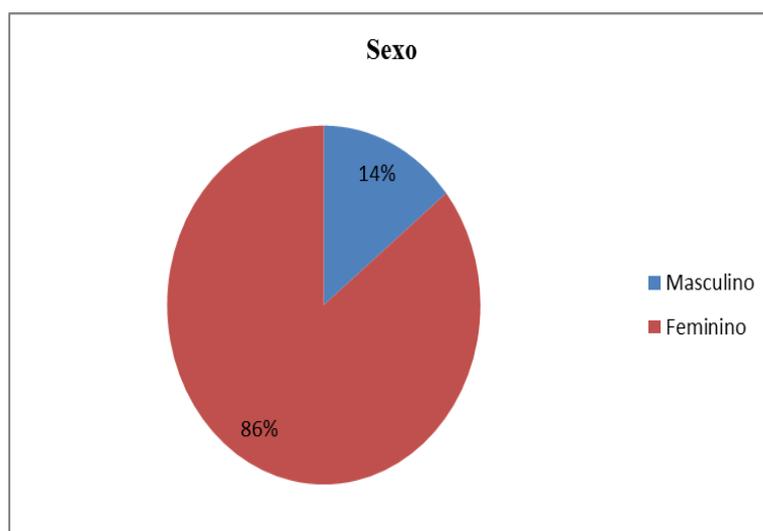
Após, estes procedimentos emergiram duas categorias, a saber: Fonte Geradora de Prazer e Fonte Geradora de Sofrimento. Três unidades de significação: o significado do cuidado para o enfermeiro, a relação no ambiente de trabalho e condições de trabalho (ambientais; estruturais; funcionais e relacionais). E 14 unidades de registro: cuidado ao paciente, recuperação dos pacientes, suporte multiprofissional, conhecimento / aprendizado, reconhecimento / valorização do trabalho, equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, cuidado (compaixão e solidariedade), poluição sonora (máquinas e pessoas), carga intensa de trabalho, dificuldades relacionadas do trabalho em equipe, déficit de recursos humanos (profissionais de enfermagem), déficit de recursos materiais (falta de material) e não reconhecimento / desvalorização do trabalho.

## 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A análise dos dados foi iniciada com a descrição do perfil dos participantes da pesquisa. Informações que foram obtidas através da aplicação do instrumento de coleta de dados que continham questões que caracterizavam os participantes, tais como: pseudônimo, data de nascimento, sexo, setor de trabalho, renda mensal, turno de trabalho, vínculo empregatício e número de outros empregos como enfermeiro.

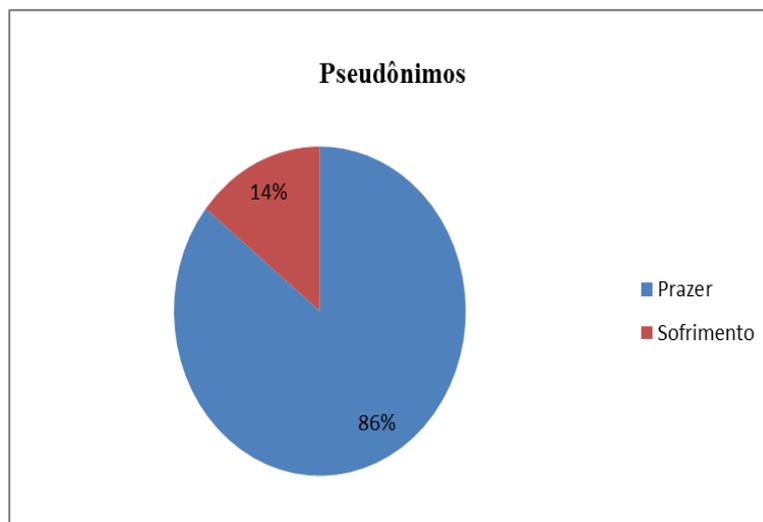
Foram entrevistados 14 enfermeiros, de ambos os sexos, sete do plantão diurno (50%) e sete do plantão noturno (50%) da Unidade de Terapia Intensiva adulto. Pôde-se observar que 12 (86%) entre os 14 entrevistados eram do sexo feminino e dois (14%) homens. Demonstrando que ainda há uma hegemonia do sexo feminino nesta profissão. (Gráfico 1).



**Gráfico 1- Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo dentro da UTI. Rio de Janeiro - 2013**

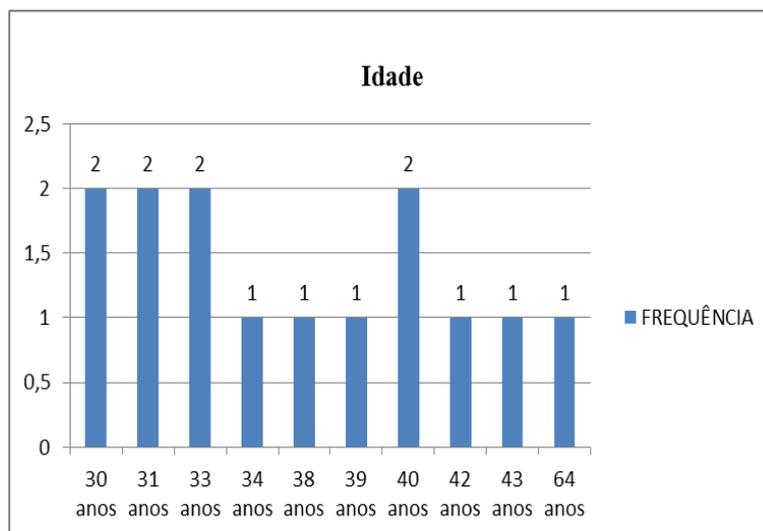
Os participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de colocar pseudônimos que os caracterizassem em relação ao objeto do nosso estudo. Frente a isso, dos pseudônimos apresentados 12 (86%) estavam relacionados ao prazer na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI, como: crescimento, especial, afeto, carinho, sorriso, esforço (dedicação), compromisso, elite, responsável, prazer, falante, espontâneo. Em contrapartida dois (14%) desses

pseudônimos relacionam-se ao sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI, tais como: muito trabalho e solitária. (Gráfico 2)



**Gráfico 2- Distribuição dos entrevistados quanto ao significado dos pseudônimos. Rio de Janeiro – 2013**

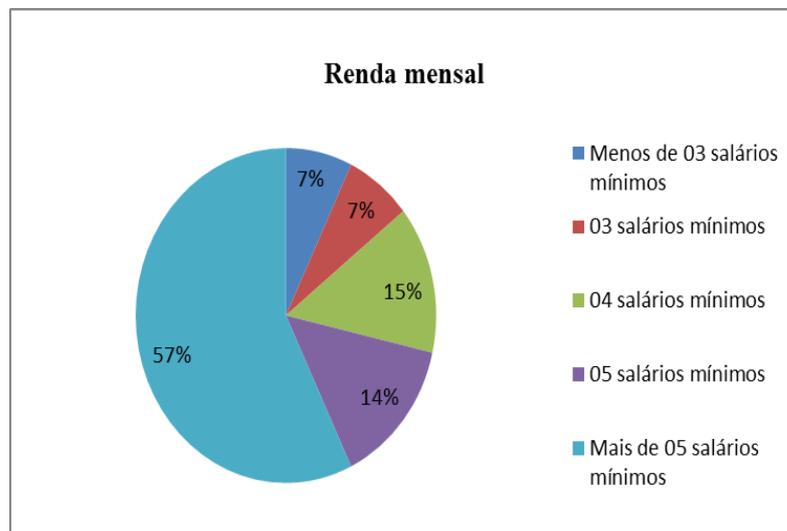
Em relação à idade, os entrevistados apresentaram uma predominância maior (50%) na faixa etária entre 30-34 anos. Tendo uma média de idade de 38 anos, que representa profissionais adultos jovens. (Gráfico 3).



**Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por idade. Rio de Janeiro - 2013**

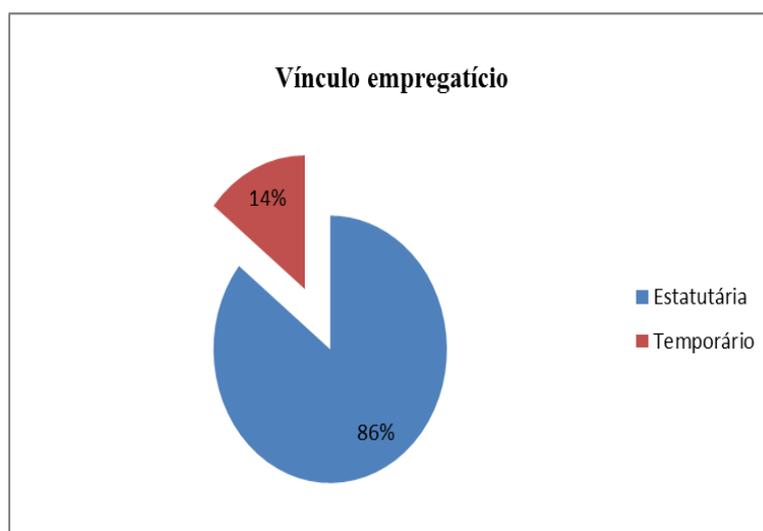
De acordo com a renda mensal, análise baseada no salário mínimo atual, revela que mais da metade dos participantes da pesquisa, o que

corresponde a oito (57%) enfermeiros, recebem mais de cinco salários mínimos. (Gráfico 4).



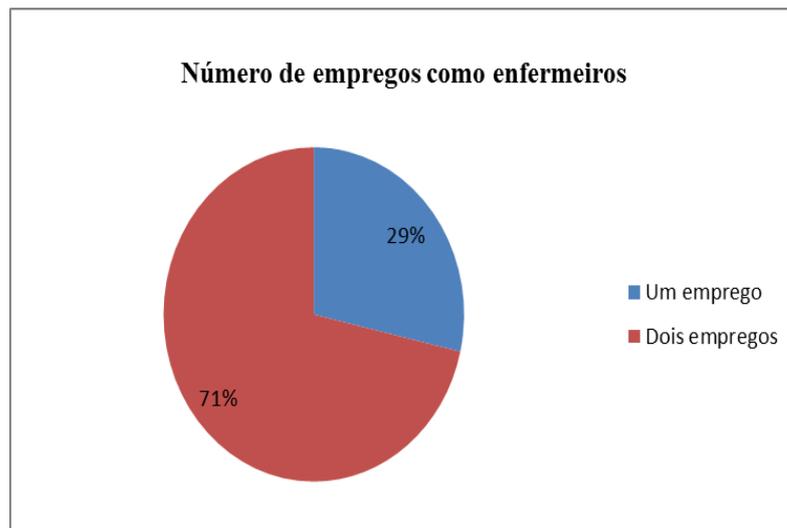
**Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados pela renda mensal. Rio de Janeiro – 2013**

Quanto ao vínculo empregatício pôde-se analisar que a maioria desses enfermeiros possui vínculo estável (estatutário), o que corresponde a 12 (86%) profissionais. Em contrapartida, dois (14%) desses profissionais não possuem estabilidade contratual em seu emprego, apresentando vínculos temporários.(Gráfico 5).



**Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados pelo vínculo empregatício. Rio de Janeiro - 2013**

Conforme o registro dos participantes constatou-se que os 10 (71%) enfermeiros entrevistados da UTI adulto deste hospital trabalham em duas instituições. De maneira que os demais participantes, quatro (29%) enfermeiros não apresentam outros vínculos empregatícios, tendo assim um único vínculo laboral. (Gráfico 6).



**Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados pelo número de empregos como enfermeiros. Rio de Janeiro - 2013**

O tempo de atuação dos entrevistados no setor, de acordo com os depoimentos, registra uma variação de seis a 15 anos. Havendo um percentual maior (72%) no período de prática entre seis e oito anos desses profissionais. O que demonstra experiência por parte dos enfermeiros deste setor. (Gráfico 7).



### **Gráfico 7 - Distribuição dos entrevistados pelo tempo de atuação na UTI. Rio de Janeiro – 2013**

Traçado o perfil dos participantes da pesquisa, o material extraído dos depoimentos dos enfermeiros foi reunido, tratado e “purificado” de maneira sistemática. Esse processo, denominado por Bardin (2011) de codificação, consistiu na transformação dos dados brutos dos depoimentos, através do recorte; agregação e enumeração, e na reunião desses dados em unidades de registro.

Deste modo, para a formação das unidades de registro, ainda na fase da pré-análise, foi necessária leitura exaustiva das entrevistas para que tivéssemos uma ampla e detalhada visão das respostas, de forma que os dados considerados expressivos e pertinentes para o estudo fossem identificados.

Visto que as unidades de registro correspondem ao conteúdo dos textos analisados e servem de base para formação das categorias, essas unidades refletem e descrevem as características pertinentes ao conteúdo dos textos, ou seja, tornam os dados significativos ao estudo. Essas unidades podem ser de natureza e tamanhos variados (BARDIN, 2011).

Assim, feito a identificação e o recorte dos dados considerados importantes para a pesquisa, estes foram marcados com cores diferenciadas: cor azul destinada aos itens relacionados ao prazer e cor vermelha destinada aos itens relacionados ao sofrimento.

Esse jogo de cores facilitou não apenas a identificação e o recorte dos itens considerados significativos como também possibilitaram a reunião desses dados. Com isso, nesse processo de codificação, dos depoimentos dos enfermeiros as palavras e frases consideradas relevantes ao estudo foram extraídas e agrupadas de maneira a tornar esses dados mais claros e compreensivos.

Diante disso, para melhor compreensão e visualização, primeiramente, foram selecionadas dos depoimentos as palavras que estavam relacionadas e/ou associadas ao prazer e ao sofrimento dos participantes da pesquisa. E, foi registrado o número de evocações dessas palavras, de maneira a consolidar esta relação e/ou associação com o objeto do estudo. (Quadro 1 e 2).

**Quadro 1 - Número de evocações das palavras relacionadas e/ou associadas ao prazer. Rio de Janeiro – 2013**

PRAZER	
PALAVRAS	Nº DE EVOCAÇÕES
Cuidado	165
Qualidade	29
Gostar	29
Comprometimento/empenho	28
Carinho/afeto	24
Família	20
Harmonia	20
Recuperação/restabelecimento	13
Satisfação	11
Aprendizado/conhecimento	11
Utilidade/ser útil	11
Melhorar	10
Valorar	04
Especial	04
Crescimento	03

**Quadro 2 - Número de evocações das palavras relacionadas e/ou associadas ao sofrimento. Rio de Janeiro – 2013**

SOFRIMENTO	
PALAVRAS	Nº DE EVOCAÇÕES
Estresse	53
Cansaço (físico/mental)	34
Angústia	26
Insatisfação	23
Tristeza	18
Pesado	13
Desgaste (físico/mental)	12
Desvalorização	11
Incomodo	05
Frio/frieza	04
Dor	04
Desmotivação	04
Insegurança	02
Solitária	02
Impotência	02

Deste modo, a evocação e extração destas palavras facilitaram a concentração e o agrupamento do material das entrevistas para a formação das unidades de registro e, conseqüentemente, criação das categorias. Dando assim, prosseguimento ao processo de codificação dos dados, como veremos a seguir:

**Quadro 3- Unidades de registro extraídas da análise – Prazer**

TEMAS EVOCADOS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
<p>“<b>Eu gosto de ser enfermeira, de cuidar de doente grave.</b> Eu gosto disso! Então estar trabalhando aqui e com isso é algo que é <b>prazeroso para mim.</b>” (Enf4).</p> <p>“É o cuidar, eu <b>gosto de cuidar.</b>” (Enf6).</p> <p>“<b>Prazer é o cuidar. Achar que eu estou sendo útil para alguém,</b> que está ali precisando de mim! <b>Então eu cuido e cuido com carinho, com prazer [...].</b> (Enf11).</p>	<p>Cuidado ao paciente</p>	
<p>“<b>Prazer é a recuperação dos pacientes.</b> Vê os pacientes saindo bem daqui.” (Enf1).</p> <p>“<b>Saindo de uma UTI, um paciente que estava grave,</b> que você não dava nada pelo paciente. Mas que você vê um resultado positivo. <b>E isso é gratificante!</b>” (Enf2).</p> <p>“<b>O restabelecimento do paciente.</b> E você vê o paciente saindo, <b>isso é muito legal!</b>” (Enf10).</p>	<p>Recuperação dos pacientes</p>	<p>O significado do cuidado para o enfermeiro</p>
<p>“Eu acho que tem algumas vantagens no setor fechado, principalmente <b>porque a gente não trabalha sozinho néh...</b> Eu <b>me sinto mais segura,</b> se eu precisar de uma ajuda eu vou ter!” (Enf8).</p> <p><b>Na UTI pelo menos eu tenho esse suporte,</b> no sentido de ter uma equipe mais bem arrumada, para poder dar o atendimento ao doente. (Enf13).</p>	<p>Suporte multiprofissional</p>	

**Quadro 3- Unidades de registro extraídas da análise – Prazer (cont.)**

TEMAS EVOCADOS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
<p>“Em setor fechado, <b>aqui, você aprende muito. Aqui você aprende!</b> É porque aqui são vários detalhezinhos!” (Enf5).</p> <p>“[...] Foi um lugar que <b>me deu muito prazer em trabalhar porque eu aprendi muito...</b> Riqueza de conhecimentos! De amadurecimento profissional!” (Enf9).</p>	<p>Conhecimento / Aprendizado</p>	<p>O significado do cuidado para o enfermeiro</p>
<p>“Prazeroso... <b>Vê também a gratidão do paciente</b>, que assim a gente consegue perceber que a gente alcançou o objetivo de alguma forma.” (Enf3).</p> <p>“Então esse <b>contato com o paciente e o retorno que ele te dá é um ponto prazeroso!</b> O carinho que, às vezes, o paciente tem por você.” (Enf9).</p>	<p>Reconhecimento / Valorização do trabalho</p>	
<p>Prazeroso [...] <b>a relação com a equipe</b> também, que... Acaba tendo uma relação, a gente procura ter <b>uma relação de harmonia, de família mesmo!</b> (Enf1).</p> <p><b>Porque aqui é uma família</b>, eu vejo aqui como uma família. Nem todos os lugares são assim... (Enf5).</p> <p><b>A gente é muito unido</b>, a gente trabalha muito em prol um do outro! [...].(Enf12).</p>	<p>Equipe de enfermagem</p>	<p>A relação no ambiente de trabalho</p>
<p>A terapia intensiva tem esse lado bom, <b>aceitar o convívio das pessoas de forma mais social ou mais informal</b>, além da questão de trabalho. [...] <b>E isso gera um relacionamento melhor de trabalho!</b> (Enf8).</p> <p>Prazer para mim é só por está alí. <b>E conviver com pessoas que a</b></p>	<p>Equipe multiprofissional</p>	

gente gosta. (Enf14).

**Quadro 4- Unidades de registro extraídas da análise – Sofrimento**

TEMAS EVOCADOS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
<p>[...] <b>a gente lida com sofrimento, com dor, com vida, com morte.</b> Hum... Pesado! Um serviço que é <b>pesado, intensivo.</b> (Enf1).</p> <p><b>Mas eu não me acostumo nunca com o sofrimento e com a morte!</b> Para mim é um sofrimento muito grande! Essa hora <b>para mim é triste!</b> (Enf11).</p>	<p><b>Cuidado</b> (Compaixão / solidariedade)</p>	<p><b>Condições de trabalho</b> (ambientais; estruturais; funcionais e relacionais.)</p>
<p>O estresse dentro do CTI <b>é o barulho.</b> Quando as pessoas falam muito alto, é um estresse. <b>É a poluição sonora.</b> Quer dizer, <b>poluição sonora de aparelhagem e poluição sonora dos profissionais que trabalham no setor.</b> (Enf11).</p>	<p><b>Poluição sonora (máquinas e pessoas)</b></p>	
<p>[...] <b>a rotina de trabalho da UTI que é muito intensa,</b> porque às vezes são doze horas de trabalho que acabam se estendendo. (Enf4).</p> <p>[...] <b>o sofrimento está na carga de trabalho</b> néh! É pesado... Hoje trabalhar na UTI aqui... (Enf14).</p>	<p><b>Carga intensa de trabalho</b></p>	
<p>[...] <b>sofrimento</b> é... da relação de <b>equipe que às vezes é complicada</b> pela <b>discordância de conduta</b> a ser seguida [...]. (Enf1).</p> <p>[...] nem todos eu vejo, pelo menos com minha experiência no meu dia-a-dia ali, que <b>alguns profissionais ainda não têm essa leitura coletiva.</b> [...] isso pode gerar um certo desconforto. (Enf8).</p>	<p><b>Dificuldades relacionadas do trabalho em equipe</b></p>	

**Quadro 4- Unidades de registro extraídas da análise – Sofrimento (cont.)**

TEMAS EVOCADOS	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
<p>A equipe é <b>desfalcada, falta profissional</b>, a equipe é <b>reduzida</b>. (Enf9).</p> <p>E atualmente a gente está passando por um problema muito sério que é a <b>redução de pessoas, de pessoal mesmo para trabalho. De quantitativo!</b> (Enf10).</p> <p>Estamos em um momento de <b>déficit de pessoal</b> muito grande. (Enf12).</p>	<p><b>Déficit de recursos humanos (profissionais de enfermagem)</b></p>	
<p>E tem a <b>questão do material</b> também, que às vezes <b>falta muito material</b> também. (Enf2).</p> <p>Outro ponto é <b>a falta de material</b>, porque é muito ruim a gente querer fazer alguma coisa e não ter material para fazer. (Enf10).</p>	<p><b>Déficit de recursos materiais (falta de material)</b></p>	<p><b>Condições de trabalho (ambientais; estruturais; funcionais e relacionais.)</b></p>
<p>[...] como te falei o enfermeiro <b>não é reconhecido</b>, e não é só financeiramente, e como profissional. Mas, <b>como função</b> também. (Enf2).</p> <p><b>Sofrimento</b> é quando você... É a <b>desvalorização</b> da gente, da enfermagem. Porque a gente é <b>desvalorizado</b>. [...] Até o próprio paciente [...]. (Enf5).</p>	<p><b>Não reconhecimento / Desvalorização do trabalho</b></p>	

Desta forma, a união das unidades de registro com o referencial dejouriano, que alicerçou o estudo, possibilitou a formação das duas categorias que permearam nossas discussões.

## **4.2 - CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**

Segundo Damásio (2009), as emoções são um meio natural pelo qual o indivíduo avalia o ambiente que o cerca e reage de forma adaptativa ao mesmo. De maneira que esta avaliação e interpretação da mente, em relação ao ambiente, é mediada e alicerçada pela manifestação dos sentimentos, representados neste estudo pelo prazer e o sofrimento.

Assim, o trabalho para o homem tem um significado e uma importância, que vai além do seu caráter financeiro e adquire um valor subjetivo. Sua influência é capaz de interferir e transformar não apenas suas vivências, como também, o ambiente que o rodeia (DEJOURS, 2001).

O trabalho, conforme a avaliação do trabalhador pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento. De modo que o ambiente laboral pode influenciar e interferir não apenas na interpretação e adaptação deste indivíduo ao meio, como também em sua saúde. Logo, o trabalho, a saúde e o adoecimento são fatores que estão intrinsecamente relacionados (SANTOS et al., 2013). E no trabalho em saúde esta perspectiva não é diferente.

Frente a isso, mediante ao cenário do estudo, dos relatos dos participantes da pesquisa emergiram duas categorias que tornaram esta perspectiva mais clara, “tangível” e passível de discussão. São elas:

Categoria I: Fontes geradoras de prazer no trabalho;

Categoria II: Fontes geradoras de sofrimento no trabalho.

### **4.2.1- Categoria I: Fontes geradoras de prazer no trabalho**

O trabalho, para o homem, constitui um conjunto de atividades que implicam saber-fazer, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir; de interpretar e reagir às situações, além de poder sentir, pensar e de inventar, e não simplesmente uma questão salarial. O trabalho se torna um importante instrumento de inserção social que tem o poder de revelar a subjetividade de cada indivíduo (FERREIRA et al., 2009).

Diante disso, o prazer no trabalho se origina da possibilidade do trabalhador desenvolver suas potencialidades em seu ambiente laboral, estando estas potencialidades relacionadas à liberdade de criação, de expressão e ao favorecimento dos laços técnico-cognitivos. Ou seja, do

trabalhador imprimir suas características pessoais nas atividades que desenvolve (SANTOS et al., 2013).

Desta maneira, mediante aos depoimentos, pôde-se observar que dentre as atividades realizadas por estes profissionais aquelas que se enquadravam nas características anteriormente expostas e, conseqüentemente, consideradas fontes geradoras de prazer concentravam-se, principalmente, no significado das atividades exercidas pelos enfermeiros no cuidado ao paciente e nas relações no ambiente de trabalho.

E dentre as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, o cuidado ao paciente foi uma unanimidade entre os depoimentos, ou seja, todos os entrevistados em seus relatos citaram o ato de cuidar como fonte de prazer na prática laboral do enfermeiro da referida UTI.

*“Eu descobri que os cuidados, que é a parte que eu gosto...”*  
(Enf.1).

*“Quem cuida é a enfermagem. E é isso que eu gosto! A gente tem o contato, a gente tem a nossa avaliação, a gente tá ali.”*  
(Enf.5).

*“Prazerosa porque eu gosto do cuidado. Eu sempre fui muito da assistência. Eu gosto de está fazendo as coisas e eu gosto de cuidar.”* (Enf.13).

Esse prazer se origina do significado e da importância que a atividade laboral tem para o trabalhador, assim como, da possibilidade que o trabalhador tem de extravasar suas expectativas ao desenvolver tais atividades (DEJOURS, 2001; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

Desta forma, diante a possibilidade de dar vazão às suas expectativas, valores como solidariedade, carinho e afeto no ato de cuidar do paciente puderam ser observados e foram expressos pelos depoentes como forma de dar significado e valorar as atividades realizadas.

Isso ocorre porque o ato de cuidar do outro que está frágil e dependente, comumente possibilita aos trabalhadores de enfermagem experiências de sentimentos muito agradáveis, sobretudo o de estar sendo útil, o que, conseqüentemente, lhes confere a sensação de desenvolvimento de tarefa socialmente nobre (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011, p. 06).

O que demonstra que, mesmo que a enfermagem venha sendo fortemente impactada pelas transformações e exigências do mundo contemporâneo, como afirmam Traesel e Merlo (2009), os valores altruístas e de caridade, que outrora regiam a prática da enfermagem, ainda se fazem presente e continuam sendo a mola propulsora que impulsiona o enfermeiro. Isto faz com que o enfermeiro realize, não apenas, suas atividades laborais de forma qualitativa, como também, a buscar alegria e prazer no desenvolvimento desta prática.

A tal ponto, que esses valores, muitas vezes, fizeram com que esses profissionais fossem além do trabalho prescrito. Tornando essa assistência algo singular e representativo, não somente para o paciente, mas principalmente para o profissional que a realizou.

*“Eu gosto mesmo de tratar do paciente de uma forma bem afetiva, com carinho... Ficar ali ao lado dele segurando a mão do paciente, falar algumas coisas, tentar dar carinho...” (Enf.3).*

*“Eu gosto de fazer carinho no paciente do CTI, mesmo o paciente no tubo, eu gosto de chegar e conversar, porque eu sei que ele está ouvindo. Entendeu! De fazer um carinho e fazer aquilo com carinho. Mesmo o paciente em coma, ou sedado, ou acordado...” (Enf.11).*

E esta singularidade e representatividade puderam ser observadas através da dedicação demonstrada por esses profissionais em seu ambiente laboral. De modo que o auge, a realização e o sucesso na prática laboral, para estes profissionais, só se concretiza ao ver a melhora e a recuperação do paciente, visto que este foi o alvo dos investimentos e dos esforços destes indivíduos. Sendo assim, a recuperação do paciente foi muito citada nas entrevistas como sendo outra fonte de prazer da prática laboral desses enfermeiros.

A alta dos pacientes configura-se como resultado de um trabalho bem feito, ou seja, o sucesso das suas ações no cuidado assistencial alcança o objetivo que é a promoção da saúde representada pela alta do cliente, principalmente porque se tratam de pacientes, em geral, com problemas crônicos de saúde, que necessitam cuidados de enfermagem e permanecem hospitalizados por longo tempo (CATALAN, 2012, p.61).

Essa possibilidade de minimizar o sofrimento do paciente e cooperar no processo de melhora e/ou cura do quadro clínico desse indivíduo, representado pela alta hospitalar, tornam a atividade do enfermeiro algo extremamente significativo, gratificante e prazeroso (KESSLER; KRUG, 2012).

*“Com alguns a gente consegue aquele êxito no tratamento, então a gente consegue é... A gente fica feliz! Então a gente tem prazer quando a gente vê o paciente se recuperando.”* (Enf.3).

*“Quando eu vejo um paciente que está muito grave e ele consegue sair, ter uma melhora, isso para mim é o que mais me motiva.”* (Enf.6).

*“E para mim a valorização maior assim é... Eu sair daqui bem sabendo que aquele paciente ficou bem...”* (Enf.7).

*“Cada um que entrou aqui e teve alta. O bem estar de quem foi embora... Esse é o retorno! É a minha realização!”* (Enf.9).

Todavia, ainda que a recuperação do paciente represente o sucesso dos investimentos e dos esforços desses enfermeiros, e um combustível para o desempenho de suas atividades laborais. Os relatos demonstraram também que os enfermeiros reconhecem que o êxito do seu trabalho só foi possível graças à cooperação e o apoio das demais categorias profissionais que constituem a equipe de saúde.

De maneira que esta interdependência entre a equipe multiprofissional traz benefícios tanto para o paciente quanto para os profissionais. Pois segundo Garcia et al. (2012, p.156) essa “teia de ações”, como o autor classifica esta interação multidisciplinar, possibilita um cuidado mais qualificado e completo.

*“Eu acho que, realmente, o trabalho em equipe é muito importante. [...] O mérito não é só meu exclusivo, de qualquer coisa que aconteça. Eu acho realmente que é tudo fruto de um trabalho em equipe.”* (Enf.3).

*“Você acaba tendo aquele paciente grave, mas você tem a enfermagem fazendo o seu trabalho, o pessoal da fisioterapia também fazendo o seu papel, a equipe médica também dando conta da parte farmacológica... Eu acho que todo esse trabalho junto tem como dá certo!”* (Enf.8).

*“Isso de você ver o paciente chegar muito grave, não só a enfermagem, mas a equipe multidisciplinar. A gente acaba conseguindo trabalhar melhor com as outras equipes: a*

*fisioterapia, os médicos... A gente consegue interagir e trabalhar para um bem comum [...].” (Enf.10).*

Assim, visto que o cuidar é uma fonte de prazer para esses enfermeiros, essa possibilidade de um cuidar mais amplo e específico, tornou-se outro aspecto a ser classificado como prazeroso pelos participantes da pesquisa. Ainda mais, porque esta interação proporcionou maior segurança e tranquilidade na prática laboral dos enfermeiros deste setor. Pois, segundo alguns depoimentos, esta interação multidisciplinar é mais difícil e complicada de ser observado em outros setores do hospital, o que torna esta ausência uma considerável fonte de tensão.

*“Então em vista do que eu vivia na UPG, que eram 07 pacientes graves e mais 02 leitos de trauma [...] aqui era o paraíso! Não faltava material, tinha uma equipe boa, equipe completa, médico para caramba! Na UPG a gente mendigava médico para assinar uma prescrição!” (Enf.9).*

*“[...] o que eu tinha vivenciado nos outros setores é que a gente acaba trabalhando muito sozinha. Você não tem muito aquela cooperação das outras equipes! Então eu acho que o setor fechado é mais coeso nisso! No trabalho, eu acho que a gente consegue executar, cada um a sua tarefa, mas a gente consegue unir os cuidados.” (Enf.10).*

*“[...] porque lá eu sabia que eu teria um médico para olhar o doente e não seria como na clínica que eu ficaria sem esse suporte.” (Enf.13).*

Entretanto, esta interação multidisciplinar colaborou não apenas para o aumento da segurança e da tranquilidade dos depoentes em sua prática laboral. Mas promoveu também o intercâmbio de saberes entre estes profissionais, o que fez ampliar a visão e o conhecimento técnico-científico desses profissionais diante da sua prática laboral.

Portanto, esta multidisciplinaridade aliada à complexidade técnico-científica do setor, torna a UTI um rico campo do saber para os profissionais que trabalham na unidade (RODRIGUES, 2012). E esta riqueza de possibilidades, fez com que a convergência do binômio conhecimento / aprendizado fosse algo valorizado pelos profissionais, e uma considerável fonte de prazer revelada pelos depoimentos.

Ademais, esta disponibilidade de conhecimentos e possibilidade de aprendizado, pela especificidade e singularidade do setor, desperta nos enfermeiros, segundo Shimizu, Couto e Merchan-Haman (2011) sentimentos como orgulho, satisfação, bem estar e prazer. Deste modo, o ambiente contribui para o crescimento e para o amadurecimento profissional e pessoal destes indivíduos.

*“A gente aprende muito, e realmente a gente tem muito trabalho, mas o conhecimento que a gente adquire é muito grande. [...] Adquire conhecimento na área e na sua profissão mesmo.”* (Enf.4).

*“Então assim, foi um lugar que me deu muito prazer em trabalhar porque eu aprendi muito. [...] A experiência de lidar com o crítico! De você ter o limite do que você pode e do que você não pode fazer.”* (Enf.9).

*“Meu trabalho ele tem um valor, assim... No meu trabalho eu aprendi muita coisa... No meu trabalho todo dia eu aprendo uma lição de vida diferente... Eu acho que lidar com o ser humano, com doença, com morte e com vida...”* (Enf.13).

Porém, esse contexto de conhecimento / aprendizado não se limitou às questões subjetivas e profissionais proporcionadas pelo setor, também envolveu os aspectos relacionados à própria instituição de trabalho. Aspectos que puderam vir a favorecer e facilitar o caminho que leva o paciente a um cuidado mais qualificado e eficaz.

Pois, a visão ampliada do enfermeiro em relação ao seu campo de trabalho e ao contexto organizacional, facilita o conhecimento desse profissional a respeito do funcionamento da instituição no qual está inserido. E este conhecimento otimiza o processo assistencial, e minimiza os entraves que possam vir a atrapalhar este indivíduo a desenvolver suas atividades laborais com qualidade. E esta perspectiva é considerada um dos caminhos que levam ao prazer (SANTOS et al., 2013).

*“Você tem que conhecer a estrutura do hospital, de saber [...] Aquilo que você pode oferecer ao paciente [...] De o paciente chegar tarde e você precisa liberar a dieta dele, mas a nutrição não vai passar lá e o que você pode fazer? Vai lá na copa e vê se tem um suco, sei lá! [...] Esse é o conhecimento que eu falo assim... Porque ele é o motivo de você está aqui!”* (Enf.12).

Contudo, apesar da assistência ao paciente e dos seus desdobramentos terem sido um conteúdo marcante e expressivo nos depoimentos dos enfermeiros. Todavia, outros itens foram abordados e considerados significativos para o estudo, e o reconhecimento / valorização no trabalho é um desses fatores considerados geradores de prazer na prática laboral dos enfermeiros desta UTI. Até mesmo, porque estes elementos estão interligados no contexto laboral desses profissionais.

Diante disso, o reconhecimento, na visão da Psicodinâmica do Trabalho, se concretiza como sendo o prestígio dado ao trabalhador às atividades laborais por ele desenvolvidas. Visto que esse prestígio coloca o trabalhador em um patamar de importância no processo de trabalho e o distancia de uma visão robótica de mero executor (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012). Esta sensação de utilidade, como já mencionado, desperta o sentimento de prazer no trabalhador.

Frente a isso, conforme os depoimentos, o reconhecimento e a valorização para os participantes da pesquisa é algo de extrema representatividade. Um “*feedback*” positivo da dedicação e do empenho demonstrado na performance de suas atividades laborais. E de acordo com os relatos, o reconhecimento dos pacientes, é uma das principais formas e uma das mais prazerosas apresentadas na prática laboral do enfermeiro.

Como o paciente é o foco do cuidado e da atenção do enfermeiro, e ele presencia todo o esforço dispensado por este profissional para o seu bem estar. Esta valorização é vista pelo enfermeiro como o retorno positivo do seu trabalho e um fator motivacional para execução de suas funções, possibilitando-lhe a vivência do prazer (TRAESEL; MERLO, 2009; SANTOS et al., 2013).

*“E vê também a gratidão do paciente, que assim a gente consegue perceber que a gente alcançou o objetivo de alguma forma. Porque ele tá grato, tá agradecido... [...] ver essa retribuição [...]. Isso é prazeroso!” (Enf.3).*

*“Mas aqui não tem isso, porque a maioria dos pacientes está sedado e quando os pacientes estão acordados e orientados, depois de algum tempo eles ficam gratos. [...] Eu reparo isso aqui! Eles veem que a equipe tenta ajudar.” (Enf.6).*

*“Várias vezes o familiar aborda a gente, depois que o paciente faleceu, agradecendo pelo carinho, pelo cuidado, por ter feito alguma coisa pelo ente querido e por ele ter visto isso na gente. Isso é legal! Dá um “up” na gente! Vê que valeu a pena!” (Enf.8).*

Portanto, os enfermeiros deste setor vêm no reconhecimento do seu público alvo, devido sua proximidade, a afirmação e a consolidação de suas convicções e de sua capacidade profissional. Segundo Catalan (2012) é o registro da identidade profissional do enfermeiro.

No entanto, o reconhecimento do paciente não representa apenas a valorização profissional para esses enfermeiros, significa também o fortalecimento do seu prestígio e da sua representatividade social. É a comprovação da importância e do valor do seu trabalho para si mesmo e para a sociedade.

Uma vez que, quando aparentemente o trabalhador adquire certa importância para ele mesmo e para a comunidade à sua volta, o reconhecimento e a valorização se tornam fundamentais para que este indivíduo se sinta parte integrante do contexto social. Principalmente em uma profissão onde há escassez de reconhecimento, como a enfermagem. Pois este prestígio traz prazer e favorece o desenvolvimento laboral deste indivíduo (GARCIA et al., 2012).

*“Eu fico muito feliz de ver a enfermagem evoluindo, a enfermagem pesquisando... E para mim a valorização maior assim [...]. E não visto da maneira como estão colocando naquela novela das nove (Amor à Vida)! Aquilo ali passa uma imagem ruim [...].” (Enf.7).*

*“Você trabalha, estuda, se capacita... Você agregou valores à profissão! [...] fazendo um mestrado, por exemplo [...].” (Enf.12).*

Todavia, os relatos não se restringem aos fatores mencionados, nos mostram também que há um fator que além de favorecer o desenvolvimento do prazer na rotina laboral, contribuiu ainda para “potencializar” os demais itens considerados prazerosos, são os relacionamentos interpessoais. De maneira que a correlação deste item com os anteriormente discutidos, proporcionaram um ambiente produtivo e favorável ao desempenho das atividades laborais.

Desta forma, no que tange as fontes geradoras de prazer na prática laboral, à criação de um ambiente laboral favorável se torna necessário. No entanto, a criação deste ambiente salutar, estável e promissor ao trabalho perpassa pela questão das relações interpessoais dos membros constituintes deste meio. Isso porque a boa interação e o entrosamento entre os profissionais do setor favorecem a realização de um trabalho de qualidade.

De modo que, a construção de um ambiente laboral coletivo, agradável e prazeroso, promove a solidariedade, a liberdade e, conseqüentemente, uma maior interação entre os colegas de trabalho. Que propicia a cooperação mútua entre esses trabalhadores, vislumbrando a qualidade do serviço e o prazer por parte desses profissionais (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

Nesta perspectiva, mediante aos relatos dos enfermeiros, este bom entrosamento e esta promissora interação pode ser observada, principalmente, no que diz respeito à relação com a equipe de enfermagem. Tendo visto que este bom entendimento pode ser compreendido pela proximidade entre os pares e a correlação das suas atividades laborais.

Diante disso, a qualidade dos cuidados não se restringe ao fator técnico, mas também ao bem estar da equipe. De maneira que a cooperação e a boa articulação entre o enfermeiro e sua equipe são essenciais para uma assistência de qualidade. Sendo assim, uma equipe unida, harmoniosa e comprometida proporciona, não apenas, melhoria para qualidade de vida do paciente, como também, para a própria equipe, sendo um estímulo diante as adversidades (RODRIGUES, 2012).

*“Porque aqui é uma família, eu vejo aqui como uma família. Nem todos os lugares são assim... Aqui de modo geral a equipe é coesa.”* (Enf.5).

*“E eu acho que a gente congrega as pessoas, o enfermeiro tem esse papel, ele é o líder de uma equipe.”* (Enf.8).

*“Eu acho que o prazer é o seguinte... A equipe é boa, a gente se diverte, a gente trabalha e ri juntos... O trabalho e as horas conseguem passar melhor!”* (Enf.10).

*“A gente é muito unido, a gente trabalha muito em prol um do outro! [...] Porque a gente entende que a gente passa muitas horas da nossa vida aqui. E se a gente não tiver esse ambiente bom, a gente vai sofrer ainda mais!”* (Enf.12).

Ainda nessa ótica, outro aspecto citado pelos depoentes, foi à relação com a equipe multiprofissional. Mesmo que anteriormente esta interação multidisciplinar tenha sido motivo de prazer, pelos aspectos já citados. Nesta perspectiva não há um consenso entre os participantes da pesquisa, pois, este item só veio a ser considerado uma fonte de prazer, a partir do momento, que há uma convergência nos interesses e na dedicação de todos os profissionais envolvidos na assistência em prol do paciente.

Frente a isso, o trabalho em equipe se revela uma considerável fonte de prazer, sendo que este pode ser considerado um mediador para o bom relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional. De maneira que, a união da equipe fica pautada em quanto um profissional ajuda mutuamente o outro, e o quanto essa ajuda representa para a qualidade do trabalho (KESSLER; KRUG, 2012).

*“Na interação com as pessoas, quando você tem uma boa relação, isso é extremamente prazeroso. Extremamente mesmo, acho muito legal, quando a gente tem uma boa relação. [...] Aqui, nos relacionamentos em geral, a gente tem mais momentos prazerosos [...].” (Enf.3).*

*“Eu acho que é um grupo bom, onde cada um responde pelo seu trabalho, afinal cada um tem o seu papel a cumprir! Acho que dentro do possível é um grupo muito bom! A terapia intensiva tem esse lado bom, aceitar o convívio das pessoas de forma mais social ou mais informal, além da questão de trabalho.” (Enf.8).*

*“Em relação as nossas necessidades de trabalho. Eu separo muito bem essa parte profissional do pessoal. Esse relacionamento é sadio quando as partes se respeitam mutuamente, e convivem com harmonia.” (Enf.14).*

Mediante a todo o conteúdo exposto, até o momento, pôde-se observar que estes profissionais frente às atividades ditas prazerosas, sejam elas de cunho prático, afetivo ou relacional, demonstraram e refletiram emoções muito agradáveis e gratificantes, tais como alegria, felicidade, satisfação dentre outras.

O organismo humano não é uma máquina e todo o trabalhador tem sua história passada, o que lhe confere características únicas e pessoais. Essa história pessoal existe por meio de aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que não podem ser negadas pelas organizações (CATALAN, 2012, p. 61).

E estas emoções foram traduzidas, pelos depoentes, através de uma postura mais confiante e pró ativa em seu ambiente laboral. De maneira que estas atitudes facilitaram e possibilitaram o desempenho de suas atividades laborais de forma mais positiva e qualificada. Refletindo assim, em seu aspecto biopsicossocial, conseqüentemente, em sua prática laboral e em sua saúde.

Isso se explica, porque o cérebro reage positivamente quando o corpo funciona bem, ou seja, quando o corpo encontra meios para desenvolver suas potencialidades e extravasar sua energia, responde satisfatoriamente ao mesmo. E diante esta resposta do corpo, o cérebro libera uma cadeia de reações e sinais (químicos e neurais), benéfica à saúde, que associados resultam na experiência do prazer (DAMÁSIO, 2009). E esta experiência de prazer traz benefícios não apenas para o processo de trabalho, mas, sobretudo para a saúde do indivíduo.

#### **4.2.2 - Categoria II: Fontes geradoras de sofrimento no trabalho**

O ambiente laboral apresentou elementos que proporcionaram experiências de prazer e alegria aos participantes da pesquisa. No entanto, o mesmo ambiente (UTI) também foi responsável por situações que desencadearam dor e sofrimento a estes indivíduos.

Desta forma, o mesmo ambiente pode originar não apenas sentimentos diferenciados (prazer / sofrimento), como também, comportamentos distintos frente às situações que ele apresenta (DAMÁSIO, 2009). E esta dicotomia (sentimental e comportamental) pode ser observada e vivenciada na UTI, principalmente, devido à imprevisibilidade e variabilidade característica do setor, acrescentam Shimizu, Couto e Merchan-Hamann (2011).

O fato de cuidar de pessoas gravemente debilitadas impõe uma atenção, imprevisibilidade e imediatismo muito grandes. A tomada de decisões e a necessidade de resolução rápida e eficaz para as situações encontradas no trabalho implicam em um desgaste para o profissional. Infere-se há impactos na saúde desses profissionais [...] (CAMPOS, 2008, p. 59).

E mediante a estes fatores, imprevisibilidade e variabilidade, uma macro situação e os seus desdobramentos, se destacaram como fontes geradoras de sofrimento aos enfermeiros no cenário do nosso estudo e influenciaram estes

profissionais em sua prática laboral, são as condições de trabalho ambientais, estruturais e funcionais.

Nesta perspectiva, um dos fatores inerentes às condições de trabalho, fruto do cuidado, geradores de sofrimento na prática laboral do enfermeiro em uma UTI, muito citado pelos entrevistados foi à questão do convívio com o sofrimento, dor e a morte do paciente. Pois esta possibilidade, presente na UTI, desperta a compaixão e a solidariedade nos enfermeiros do setor e faz com que estes se depararem com suas limitações, podendo desta forma ver os frutos dos seus investimentos e dos seus esforços, representado pelo ato de cuidar, frustrados.

E esta circunstância, segundo Catalan (2012), pode promover também a sensação de impotência nesses profissionais, devido à impossibilidade de mudança do quadro apresentado.

A UTI é um local de possibilidade de vida, mas, em contrapartida, o risco de vida é uma constante. Nesse ambiente de ambiguidades, os conflitos devem ser sempre resolvidos. O problema é lidar com os sentimentos da equipe que atua na unidade. Há necessidade de aptidão para se conviver entre morte, vida, fragilidade, onipotência e impotência. Diante dessas incertezas, a equipe precisa de preparo e cuidado para que não haja uma grande desestruturação (RODRIGUES, 2012, p. 455).

Cabe salientar que é neste cenário que os profissionais de enfermagem convivem diariamente, ou seja, lutam pela vida e contra a morte, tomam para si a responsabilidade de salvar, curar ou mesmo aliviar a dor, já que a morte, na maioria das vezes, é vista como um fracasso, sendo, portanto, de difícil aceitação (KESSLER; KRUG, 2012, p. 52).

Na visão da Psicodinâmica do Trabalho, a presença de sentimentos como frustração fracasso e impotência pode ser um indício de sofrimento patogênico. Pois diante ao impedimento da liberdade de transformação de sua realidade, a presença desses sentimentos pode se configurar um considerável agravante para o trabalhador no desenvolvimento de suas atividades laborais, assim como, para a saúde desse indivíduo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

*“Impotência no sentido que nós fizemos tudo que poderíamos fazer para ajudar o paciente, só que daí por diante... Só depende de Deus, e às vezes do paciente”.* (Enf.1).

*“[...] em relação à vida de alguns pacientes, às vezes você quer ver aquele paciente bem e tal,... Mas você não consegue, e acaba você se frustrando em algumas coisas, assim...” (Enf.2).*

Ademais, este convívio com o paciente cria vínculos com o profissional que de acordo com os relatos, mediante a possibilidade do sofrimento, dor e até mesmo morte, isto, proporciona um desgaste (físico e mental) e um sofrimento ainda maior para estes profissionais em seu ambiente laboral.

Pois, estes profissionais associam o sofrimento, dor e/ou morte do paciente a experiências vivenciadas por entes queridos, ou mesmo, lembranças dolorosas do seu passado. Este tipo de situação faz com que estes trabalhadores, dificilmente, deixem de pensar no paciente, mesmo fora do trabalho, refletindo sobre si o sofrimento desse paciente e os seus efeitos psicossomáticos (RODRIGUES, 2012).

*“E tem alguns paciente, nem todos, que particularmente eu me envolvo de pensar quando eu não tô aqui. De às vezes sonhar com esse paciente, sabe! De sei lá! Criar alí um vínculo! Como se fosse um amigo mesmo, um irmão, uma irmã, não sei... E aí, no momento que a gente perde, que a gente vê o sofrimento e vê que as coisas não estão caminhando bem, vê tudo piorando. Isso é sofrimento. Isso me traz sofrimento!” (Enf.3).*

*“Mas chega uma hora que a gente fica de um jeito, que esse paciente fica ligado a você e você a ele. E você vai vendo que não há uma intensificação para a melhora desse paciente. E você já sai do quarto, em sofrimento, porque daqui a pouco esse paciente não estará mais aí!” (Enf.9).*

*“Até hoje, eu tentei, mas nunca consegui fazer o preparo de um corpo. Eu não consigo! Ali eu acho que é o ponto final do ser humano. Eu já tentei, mas eu chorei muito! Eu sou uma pessoa que me sensibilizo muito com o sofrimento do paciente.” (Enf.11).*

Contudo, essa sensação de fracasso, impotência e frustração vivenciada pelos enfermeiros, pelos motivos já expostos, não foram os únicos problemas apresentados no ambiente de trabalho. Outro fator, não tão expressivo quanto o anterior, também foi referido pelos depoentes como fonte de sofrimento, a poluição sonora (máquinas e pessoas) apresentada pelo setor.

Sabe-se que em terapia intensiva, por se tratar de um setor fechado, tem sua acústica local desfavorável tornando-o mais sensível ao ruído. Além disso, é frequente a emissão de sinais sonoros (alarmes) pelos diversos equipamentos comuns a unidade. Esses alarmes são essenciais na vigilância do

paciente crítico, facilitando a identificação de situações que se encontrem fora dos parâmetros de normalidade. O volume desses alarmes deve ser programado em um nível que seja facilmente percebido pelos profissionais. Contudo, a quantidade desses aparelhos é grande e não é incomum vários desses alarmando ao mesmo tempo, tornando o ambiente caótico (CAMPOS, 2008, p. 65).

Além disso, este fator é agravado pelo número elevado de profissionais presentes no setor, que mediante suas conversas; discussões de casos clínicos e mesmo a comunicação entre os profissionais contribuem para elevar o nível de ruídos na unidade (GUTIERREZ; FERREIRA; NUNEZ, 2000). E a presença constante desses ruídos, segundo os relatos, causa nesses profissionais um incômodo não apenas em seu ambiente laboral, como também fora dele. Dando-lhes a sensação de ouvirem esses ruídos até mesmo fora do seu local de trabalho.

Diante disso, a poluição sonora é considerada pela literatura um dos grandes problemas ambientais apresentados pela UTI. No entanto, estes ruídos não diminuem o desempenho profissional do indivíduo. Porém, a exposição a níveis elevados e por longos períodos a estes ruídos pode causar comprometimentos auditivos, psicológicos e sociais. Portanto, comprometer a saúde deste profissional (GUTIERREZ; FERREIRA; NUNEZ, 2000; AURÉLIO, 2009; RODRIGUES, 2012).

Assim, visto que uma das características do perfil dos participantes da pesquisa é o tempo de atuação desses profissionais no setor, uma variação de seis a 15 anos de experiência. O fator poluição sonora, se torna pertinente ao estudo, mediante ao tempo e ao período a que esses profissionais foram expostos aos ruídos, e os reflexos desta exposição na perspectiva do objeto do estudo. Mesmo que dentre os relatos esse item não tenha sido tão expressivo.

*“[...] muito barulho. Aqueles aparelhos, aquela bomba... A ponto do enfermeiro saber se o barulho é de “stand by” e esse quer dizer que está terminando. Quer dizer, o enfermeiro já distingue, pelo som, o que aquele barulho significa. E o respirador! Aquele barulho! [...] Em casa eu ouvia barulho de respirador!” (Enf.11).*

*“O estresse dentro do CTI é o barulho. Quando as pessoas falam muito alto, é um estresse. É a poluição sonora. Quer dizer, poluição sonora de aparelhagem e poluição sonora dos profissionais que trabalham no setor.” (Enf.11).*

No entanto, outras perspectivas foram consideradas e abordadas pelos enfermeiros como sendo fontes de sofrimento em sua prática laboral. A carga de trabalho intensa vivida por estes profissionais foi um item muito citado pelos depoentes como fator de considerável representatividade e influência em seu ambiente laboral.

Vale lembrar, que para os participantes da pesquisa a carga de trabalho intensa se configura, não apenas, pelas demandas relacionadas às atividades referentes ao trabalho, como também, pelas longas jornadas de trabalho (número de plantões); trabalho por turnos e o cumprimento de rotinas burocráticas. Características que permeiam o processo de trabalho desses indivíduos e, conforme os relatos tornam o seu ritmo de trabalho intenso, exaustivo e sofrido.

Assim, muitos dos entrevistados relacionaram às atividades pertinentes ao enfermeiro como a origem do desgaste e do sofrimento vivido pelos profissionais do setor. Pois, diante a complexidade do setor e o perfil dos pacientes, há um misto de atividades que exigem tanto de sua mecânica corporal, quanto de sua capacidade cognitiva. De maneira que estas demandas causam um desgaste tanto físico como mental nesses profissionais.

Logo, o desgaste físico na UTI comumente é intenso, ocasionado principalmente pelos esforços despendidos para realizar os diversos cuidados aos pacientes que se encontram acamados, que causam diversos tipos de dores, principalmente nas pernas, na região lombar e nas costas desses profissionais (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011, p. 07).

Todavia, são atividades extremamente complexas que requerem muita atenção, cuidado e um amplo conhecimento técnico-científico, mediante ao seu grau de responsabilidade. Porém, o sofrimento não advém apenas da execução técnico-científica das tarefas em si, mas também, do seu desgaste psicológico em meio à possibilidade de algum erro que venha trazer danos e/ou causar a morte do paciente, acrescenta Rodrigues (2012). Fator este que nos remete a um item anteriormente discutido.

*“São várias coisas! A gente precisa lidar com situações que às vezes não estão programadas, as intercorrências, a rotina de trabalho da UTI que é muito intensa, porque às vezes são doze horas de trabalho que acabam se estendendo.” (Enf.4).*

*“Tem dias que a gente se sente muito cansada, exausta... Porque é muito trabalho, às vezes, a gente até se sente um pouco estressada porque é muita coisa na sua cabeça [...]”* (Enf.10).

*“[...] o sofrimento está na carga de trabalho néh! É pesado... Hoje trabalhar na UTI aqui...”* (Enf.14).

Contudo, outro aspecto a ser considerado em relação à carga de trabalho intensa são as longas jornadas de trabalho, associadas, pelos entrevistados, ao número de plantões realizados. Aspecto esse estimulado pelas necessidades pessoais de troca, estruturais (institucional), ou mesmo, por questões financeiras (plantões pagos).

Entretanto, independente dos motivos que levem esses profissionais a realizarem vários plantões, eles estão conscientes de que esta prática pode ser prejudicial não apenas em suas atividades laborais, mas, sobretudo, a sua saúde. Porém, a necessidade de realizar vários plantões, seja qual for à razão, faz com que estes indivíduos tenham que ultrapassar os seus limites (físicos e mentais) e venham se deparar com um tangível ponto de sofrimento.

E nesta perspectiva, o enfermeiro que além da exposição aos riscos de cunho físico, químico e biológico, que são inerentes à profissão e ao setor, também, ficam submetidos a fatores considerados inadequados ao perfil cronobiológico do trabalhador, como longas jornadas de trabalho por exemplo. Fatores estes que comprometem não apenas a prática laboral deste trabalhador, como também, a saúde biopsíquica deste indivíduo (CATALAN, 2012).

*“Mas eu acho sofrido fazer um, dois, três, quatro plantões diretos. Eu acho que isso desgasta. Você nunca vai ser a mesma pessoa. A sua “bateria” vai acabar!”* (Enf.5).

*“Olha é uma profissão árdua! Porque dá plantão néh! Você acaba se acostumando com os horários, a passar ano novo, Natal, final de semana, 12 horas, 24 horas... Às vezes... Já teve vezes de eu trabalhar 72 horas, isso é árduo! [...] porque daqui a pouco o seu corpo não aguenta.”* (Enf.7).

Outro aspecto negativo relacionado ao perfil cronobiológico do trabalhador, apontado nas entrevistas, foi o trabalho por turnos. E este item foi atrelado, principalmente, a questão do trabalho noturno e aos problemas sociais causados por este tipo de trabalho.

Visto que o trabalho por turno e noturno, segundo Rodrigues (1998), pode ser considerado uma das heranças deixadas pela sociedade moderna ao homem. Todavia, a sua prática contraria os ciclos biorítmicos naturais da vida humana, o que traz inegáveis prejuízos à saúde do trabalhador (REGIS FILHO, 2002).

E os principais danos causados pelo trabalho por turno e noturno na saúde do trabalhador consistem em: alterações de sono, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas. Ademais, o estado de vigília, a produtividade e a segurança dos profissionais, principalmente dos profissionais da saúde, também podem ser prejudicados por esta forma de trabalho. Vale ressaltar, que este tipo de trabalho pode causar também problemas na vida social e familiar do indivíduo. (SILVA et al., 2010).

*“[...] sofrimento para mim hoje em dia é o turno. Eu não estou mais aquecendo trabalhar a noite. [...] Antes era uma necessidade, mas hoje já é sofrimento para mim! O turno de trabalho está sendo sofrimento, porque eu não quero mais ficar fora de casa, longe da minha família...” (Enf.13).*

Ainda na premissa da carga de trabalho intensa, um item que também foi citado nas entrevistas foi à rotina burocrática a qual os enfermeiros desta UTI estão submetidos. Rotina esta que, segundo os relatos, “prende” estes profissionais aos afazeres burocráticos, referidos pelos entrevistados como “papelada”, e os afasta do cuidado e da assistência direta ao paciente.

Como o cuidado ao paciente é um ato muito apreciado por estes profissionais, qualquer atividade que os impeça e/ou atrapalhe de exercer tal ato pode se configurar uma fonte geradora de sofrimento. Mesmo que estas atividades tenham sua importância e o seu valor complementar a assistência reconhecidos, porém, o fato de dela diminuir ou até mesmo afastar esse profissional do convívio com o paciente já a classifica como sofrida.

É importante frisar que tanto as atividades assistenciais quanto as administrativas não podem ser vistas como ações opostas, e sim complementares. No entanto, o enfermeiro é um cuidador por essência, sendo assim, para alguns conciliar estas duas atividades torna-se uma questão extremamente desconfortante e uma fonte de sofrimento (KESSLER; KRUG, 2012).

E este desconforto e sofrimento ocorrem, principalmente, pela autocobrança desse profissional. Pois, diante de suas exigências pessoais ambas as atividades estariam sendo desenvolvidas com uma qualidade inferior a qual este profissional estaria disposto a realizar. Esta autocobrança se reflete por meio de um esgotamento físico e mental desse profissional (SANTOS et al., 2013).

*“Um monte de papel, enfim... Eu acho que isso às vezes atrasa um pouco, o que seria, talvez, o objetivo principal da UTI que é cuidar do paciente. Eu acho que, muitas vezes, você acaba ficando por trás do balcão, e você não consegue ficar ali, ao lado do paciente, como deveria ser.” (Enf.2).*

*“A enfermagem também tem muita parte burocrática, que eu não gosto. [...] Eu não gosto de tanto papel que a enfermagem tem que preencher, eu não gosto! Porque nenhum outro profissional escreve tanto. [...] Coloca ai três livros que a gente tem que preencher, e é balanço e a gente que preenche tudo.” (Enf.6).*

*“E o lado negativo eu acho que tem muita coisa, muita coisa para gente escrever.” (Enf.7).*

Mediante ao exposto, podemos acrescentar aos itens referentes às condições de trabalho, que geram sofrimento no ambiente laboral, a questão das dificuldades relacionadas do trabalho em equipe. Entende-se “que a complexidade do relacionamento no trabalho envolve diversos fatores que possibilitam ao trabalhador, conviver com maior ou menor habilidade com seus pares nos locais de trabalho” (KESSLER; KRUG, 2012, p. 52).

Desta forma, o trabalho coletivo “é construído cotidianamente pelos sujeitos nele envolvidos que, a partir da representação da atividade, negociam os seus compromissos, implícitos ou explícitos, para a articulação de distintas ações dos diferentes trabalhadores” (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011, p. 07). Visto que este item, anteriormente, foi considerado como um mediador para o bom relacionamento da equipe e, conseqüentemente, uma fonte de prazer. A ausência dessa coesão e mutualidade entre os membros da equipe, segundo os relatos, se torna um fator de extremo pesar e um agravante para o aspecto biopsicossocial destes profissionais em seu ambiente laboral.

“As relações profissionais conflituosas impedem mudanças e melhorias na estrutura da organização do trabalho e favorecem o sofrimento do

trabalhador. O clima de embate instiga ainda mais a competitividade e intolerância” (CAMPOS, 2008, p. 63). E nesta perspectiva, os entrevistados apontaram que o conflito de interesses, falta de entrosamento, rotatividade das equipes, e, principalmente, a falta de comprometimento de alguns membros da equipe de saúde são fatores primordiais que dificultam o trabalho em equipe no setor.

Assim, visto que o conflito de interesses não é uma prerrogativa da equipe de enfermagem, pode afetar toda a equipe de saúde. Para o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, mediar estes conflitos segundo Santos et al. (2013, p. 101) se torna uma das atividades mais penosas assumidas por este profissional.

De maneira que, esta atividade pode comprometer e/ou por em risco, não somente, os laços e as relações afetivas existentes entre os profissionais do setor. Mas também, pode interferir no convívio desses profissionais, e afetar o equilíbrio harmônico do ambiente laboral. E este desequilíbrio pode prejudicar a qualidade da assistência.

*“Eu acho que todo mundo deve estar sincronizado: enfermagem, fisioterapia, nutrição, médicos... Ou seja, todo mundo sincronizado. Não adiante um querer mais e o outro ficar sempre de bico, um “batendo” no outro. [...] Não adianta querer medir forças um com o outro, que não vai adiantar! Não adiante, porque quem vai sair prejudicado é o paciente. Eu acho que isso também é um estresse.” (Enf.5).*

Todavia, esta dificuldade do trabalho em equipe é acentuada pela falta de entrosamento e pela rotatividade das equipes, aspectos constantes neste setor. Considerando a causalidade entre estes fatores, rotatividade / falta de entrosamento, observado nos relatos. Isso pode ser explicado, pois, a maioria (71%) dos profissionais entrevistados trabalha em mais de uma instituição como enfermeiros, existindo, muitas vezes, a necessidade de trocar plantão para conciliar os diversos vínculos.

Como o trabalho em equipe, de acordo com Garcia et al. (2012, p.156) requer interação e integração entre os seus membros, ou seja, a presença de vínculos. E estes fatores não podem ser dissociados de uma boa interação social. Esta rotatividade e falta de entrosamento da equipe prejudicam a criação desses vínculos, doravante dificulta a concepção de um ambiente

laboral harmônico, equilibrado e saudável para estes profissionais, e torna-se um agravante que conduz este indivíduo ao sofrimento.

*“Por vários motivos, em relação à enfermagem, a gente não consegue em curto prazo entrosamento devido às dificuldades da enfermagem de trabalhar em mais de um lugar todos nós temos a necessidades de trocar plantão com o colega, em curto prazo, a gente não consegue este entrosamento com esta equipe. Porque acaba mesclando muito e as pessoas são muito diferentes, trabalham de certa forma...” (Enf.7).*

*“Por mais que a gente se afine com todas as equipes, eu que já tenho algum tempo lá, [...]. E as pessoas, por causa dessas dificuldades de relacionamento, às vezes, trocam até de setor. Pedem para sair mesmo! Por causa dessa dificuldade de relacionamento.” (Enf.13).*

Contudo, o item mais expressivo a respeito da dificuldade do trabalho em equipe, conforme os relatos é a falta de comprometimento de alguns membros da equipe de saúde. Visto a dedicação e o empenho que estes profissionais demonstram em sua prática laboral, os entrevistados encaram esta questão como um afronta, ou mesmo, uma agressão aos seus princípios éticos / morais.

Como a enfermagem é regida por uma lógica de cuidado que se estende a questão biomédica (visão holística), e os demais profissionais de saúde não são tão rígidos a respeito desta perspectiva. O enfermeiro encara esta restrita visão do cuidado dos demais profissionais de saúde como desdenho ao paciente. Desta forma, sendo o enfermeiro o elo entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, esta divergência de visão pode se converter em um ponto de tensão e atrito entre os profissionais do setor (MONTANHOLI; TAVERES; OLIVEIRA, 2006; GARANHANI et al., 2008).

Deste modo, o não cumprimento das atividades laborais, o descaso e/ou a falta de visão coletiva na prática laboral por parte de alguns membros da equipe, da enfermagem e/ou multiprofissional. Configura-se, por parte dos entrevistados, um menosprezo com aquele que é o foco dos esforços e o objetivo principal do trabalho em saúde, o paciente.

No entanto, esta divergência de interesses e/ou perspectivas profissionais torna se um fator prejudicial aos relacionamentos e ao trabalho em equipe. Visto que o ambiente laboral é um espaço para interação e

socialização entre os pares, as dificuldades inerentes ao relacionamento interpessoal têm importância tanto no trabalho em equipe quanto na possibilidade do sofrimento (FERREIRA et al., 2009).

O enfermeiro, em seu dia a dia, tem de respeitar e entender as diversas formas de sentimentos e comportamentos humanos. Portanto, é necessário aprender a lidar com tais situações, para prestar os cuidados necessários aos pacientes e familiares de forma eficiente, evitando o desgaste emocional (RODRIGUES, 2012, p.460).

A falta de cooperação e comprometimento entre os colegas de trabalho, seja da equipe de enfermagem e/ou multiprofissional, é um dos principais fatores desencadeantes de problemas relacionais no ambiente de trabalho. Porém, muitas vezes, estes problemas estão associados ao nível de exigência e cobrança feita pelos enfermeiros em relação ao ato de cuidar. Criando uma atmosfera de cobranças e discórdias, causando assim desgaste tanto físico quanto psicológico nesses profissionais (SANTOS et al., 2013).

*“Do sofrimento é... [...] da relação de equipe que às vezes é complicada pela discordância de conduta a ser seguida [...]”* (Enf.1).

*“Porque a enfermagem ela cobra muito, talvez por fazer muito a enfermagem daqui, ela espera que o outro também faça. E a gente repara que aqui, a maioria, ehh... Não quer fazer nada. Às vezes, a gente tem um bom relacionamento pessoal, mas na parte profissional deixa a desejar. Isso a maioria! Muitas vezes começa bem, mas daqui a pouco tá contaminado também de não querer fazer nada. E isso revolta néh!”* (Enf.6).

*“E nem todos eu vejo, pelo menos com minha experiência no meu dia-a-dia ali, que alguns profissionais ainda não têm essa leitura coletiva. Tem uma leitura, muitas vezes, do seu trabalho pessoal e particular. Não vejo, muitas vezes, esse olhar direcionado para esse coletivo!”* (Enf.8).

No que diz respeito aos problemas estruturais e funcionais relacionados às condições de trabalho, o déficit de recursos humanos (profissionais de enfermagem) foi um item bem expressivo nos depoimentos. Visto que este quantitativo reduzido de pessoal, segundo os relatos, prejudica a realização de um trabalho efetivo e qualificado.

De maneira que, este fator impede e/ou atrapalha estes profissionais de executarem suas funções conforme os seus ideais de excelência. Como o paciente é o alvo de suas atividades laborais e o ato de cuidar é considerado o

elemento mais apazível em sua prática laboral. A possibilidade e/ou presença de algum fator que não permita este profissional desenvolver suas atividades de modo qualitativo, já se configura uma fonte de sofrimento.

Contudo, o enfermeiro, visando alcançar esse ideal de excelência em sua assistência, perante ausência e/ou falta de profissionais, assume para si a responsabilidade de muitas atribuições que não estão dentro das suas competências profissionais, exemplo: manutenção de equipamentos, solicitação de dieta, solução de problemas estruturas (troca de lâmpada), dentre outros. E isso traz uma sobrecarga de trabalho e um desgaste muito grande para esse profissional. O termo “abraçar tudo”, muito utilizado pelos entrevistados, reflete toda esta problemática.

Diante disso, Catalan (2012) nos fala que o quantitativo de pessoal de enfermagem, geralmente, está abaixo do necessitado seja por contratações insuficientes, afastamentos por atestados médicos ou licenças, dentre outros motivos, e é claro que estes fatores trazem prejuízo funcional e qualitativo aos serviços prestados. E esta inadequação numérica faz com que os enfermeiros assumam funções que vão além de suas capacidades físicas, mentais e emocionais.

“Ademais, esta sobrecarga de atividades realizadas pelo enfermeiro gera a sensação de que suas ações ocorrem com a menor qualidade do que realmente desejariam, o que implica cobranças pessoais, esgotamento físico e mental, repercutindo na saúde do trabalhador” (SANTOS et al., 2013 p. 102).

Todavia, este acúmulo de funções não se reflete somente através da sobrecarga de trabalho faz também com que o profissional realize suas refeições de forma rápida, durma pouco, se relacione menos com outras pessoas e trabalhe horas seguidas em pé, sem pausas, em um ritmo acelerado e constante (RODRIGUES, 2012). Logo, “o que tem ocorrido normalmente entre estes profissionais, em virtude da sobrecarga de trabalho, é a falta de tempo para descansar, refletir, organizar, aprender. Isto, para muitos enfermeiros, acaba causando desgaste físico e emocional”, acrescentam Silva et al. (2006, p.446).

Portanto, como o enfermeiro não dispõe de tempo suficiente para executar suas atividades laborais, nem as funções agregadas e tampouco para

cuidar de si mesmo. Este quadro desperta nesse profissional a sensação de incapacidade e desqualificação, por não conseguir dar conta de tantas atividades (CATALAN, 2012). Isso “acarreta um desgaste físico e emocional, gerando insatisfação pessoal e despersonalização neste profissional”, acrescenta Rodrigues (2012, p.461).

*“[...] a gente está com a escala reduzida. A gente está trabalhando com um quantitativo bem reduzido de enfermeiros. [...] Tem sido bem puxado, bem puxado!” (Enf.1).*

*“A gente não, agente tem que ver muita coisa. É material que é para consertar, é paciente que tem que ir...” (Enf.6).*

*“Eu não sei se nós também enfermeiros temos a mania de “abraçar tudo” néh! Mas eu acho assim que nós somos muito cobrados”. (Enf.7).*

*“Tem enfermeiro aqui que sai às 10 horas da noite, e o plantão acaba às 19 horas! Para não deixar nada pendente. Que isso! Como que o trabalho pode ser prazeroso assim?!? Se a pessoa se cobra e se martiriza por não ter conseguido fazer tudo. E não consegue fazer tudo por quê? Pela sobrecarga.” (Enf.9).*

*“Você vê que acabou o plantão e você foi embora para casa e que, de repente, ficou uma pendência porque não tinha gente o suficiente para trabalhar, e um serviço que você ficou sobrecarregado e que sua equipe está sobrecarregada... E isso te faz sofrer muito!” (Enf.12).*

Outro ponto relacionado às condições de trabalho e aos problemas estruturais, muito abordados pelos depoentes é o déficit de recursos materiais (falta de material). Os depoimentos revelam que a UTI e a instituição, de uma forma geral, passam por um momento crítico em relação à falta de material, e isso interfere de maneira considerável no cuidado prestado ao paciente.

A presença de grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros, dentro de um hospital, é talvez um dos pontos que mais afligem os profissionais envolvidos [...]. A escassez implica muitas vezes na interrupção da assistência, levando a vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais (GARCIA et al., 2012, p. 342).

“A falta de material de consumo nas unidades do hospital, principalmente em instituições públicas, é um problema que os enfermeiros deparam-se frequentemente durante o desempenho das atividades profissionais” (MENDES; CASTILHO, 2009, p. 325). E esse problema além de

causar estresse e sofrimento na equipe multiprofissional, em especial aos profissionais de enfermagem, dificulta a continuidade da assistência prestada e conseqüentemente, traz prejuízos ao paciente.

Tendo visto que este fator interfere diretamente no cuidado ao paciente e em sua continuidade, os enfermeiros buscam estratégias para manter a qualidade do serviço e/ou minimizar os impactos deste problema sobre a assistência. E nesta perspectiva a criatividade e o improviso são ferramentas utilizadas por estes profissionais para que o padrão e a qualidade do atendimento, de certa forma, sejam mantidos.

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalhador diante as dificuldades apresentadas pelo ambiente laboral, quando o trabalho prescrito não dá conta do real, faz uso de uma inteligência astuciosa e inventiva baseada na percepção e na intuição, para romper com as normas e regras do trabalho prescrito, e alcançar os objetivos das suas atividades laborais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

E esta inteligência astuciosa e inventiva, de acordo com as entrevistas, se traduz através da “arte do improviso”, ou seja, o famoso “jeitinho brasileiro”. Na ausência e/ou escassez dos materiais corretos e adequados para a realização dos procedimentos, o enfermeiro tem que fazer adaptações para que o procedimento de fato ocorra. Isso coloca em risco não apenas o procedimento em si, como, a qualidade da assistência prestada, mas, sobretudo, a vida do paciente.

Assim, mediante a necessidade de improvisar, o processo de cuidar torna-se algo frustrante e uma fonte de sofrimento para o enfermeiro, pois, o profissional se vê impossibilitado de implementar a qualidade que almeja em suas atividades laborais. “Diante desse problema, os profissionais tentam fazer o melhor que podem, porém isso implica a perda de tempo, que poderia ser destinado à assistência, resultando em prejuízo para a qualidade do cuidar. Surge, então, a irritação e cansaço do profissional” (RODRIGUES, 2012, p. 459).

E caso a instituição não intervenha com mudanças e melhorias, este trabalho se tornará fatigante, e isso poderá desencadear doenças ao

trabalhador, principalmente, doenças psicossomáticas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

*“E tem a questão do material também, que às vezes falta muito material também. E você quer prestar o cuidado direito, mas às vezes você tem que improvisar alguma coisa, se não você não consegue fazer.” (Enf.2).*

*“A gente está vivendo um momento mais negativo do que positivo. Existem alguns materiais em falta, que a gente acaba dando um jeitinho, ou a gente tem essa questão de tentar resolver os problemas que aparecem... Não tem material [...] Então a gente vai dando alguns jeitos [...] E que não é o ideal!” (Enf.8).*

*“Ah, mas você não pode improvisar? Até certo ponto! A partir do momento que isso pode colocar você em risco, a sua equipe ou o paciente em risco... É algo que vai te trazer sofrimento.” (Enf.12).*

Haja vista que o trabalho possui um lugar de grande destaque na vida do homem, para que de fato esta prática tenha o seu significado e valor comprovados, deve haver um retorno e/ou retribuição, gratificante, como forma de recompensa pela atividade realizada. Caso contrário, o trabalho torna-se uma prática mecânica, desprovida de emoção e afeto, onde a luta contra o sofrimento e as doenças, principalmente, as doenças mentais torna-se algo constante (FERREIRA et al., 2009).

Diante disso, segundo Traesel e Merlo (2009) uma das principais formas de retribuição e valorização, oriundas do trabalho, almejadas pelo trabalhador advém do reconhecimento das atividades realizadas. No entanto, os autores enfatizam, que nem sempre tal expectativa se concretiza de maneira considerável, e isso se reflete de modo negativo sobre o trabalhador através de inúmeras psicopatologias e do sofrimento.

Assim, uma das principais fontes de sofrimento, abordadas pelos entrevistados, está relacionada a não retribuição esperada pelos enfermeiros por suas tarefas realizadas, representada pelo não reconhecimento / desvalorização profissional e financeira desses indivíduos.

Perante esta problemática, emoções como frustração, injustiça e desânimo puderam ser observadas nos relatos dos depoentes. Transformando assim, um fator que outrora fora considerado uma fonte de prazer, em um elemento que desencadeia o sofrimento.

O sentimento de injustiça nas UTIs geralmente está relacionado à falta de valorização dos profissionais de enfermagem, que são os que cuidam o tempo todo dos pacientes, mas não são devidamente reconhecidos pelos pacientes e pela instituição. Os baixos salários também são considerados fator que caracteriza a desvalorização da enfermagem, impondo aos trabalhadores a necessidade de dupla jornada de trabalho, motivadora de absenteísmos por problemas de saúde (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011, p. 08).

Como visto esse retorno proveniente dos pacientes e dos seus colegas de trabalho, equipe de enfermagem e multiprofissional, é algo muito apreciado pelos entrevistados, pois estes são os principais interessados e envolvidos na prática laboral destes profissionais. Sendo assim, quando este reconhecimento não ocorre a contento, a atividade torna-se vazia de conteúdo e de significação, conseqüentemente, frustrante e desanimadora, possibilitando o esgotamento (físico e mental) e a prostração desses indivíduos (RODRIGUES, 2012).

Todavia, como esse retorno profissional, conforme Traesel e Merlo (2009) é algo difícil de ocorrer, estes profissionais buscam na questão financeira o fator motivacional necessário para o desempenho de suas atividades laborais. Porém, sua realidade laboral é composta por ambientes laborais insatisfatórios e insalubres, e por múltiplas atividades. Contudo, mediante ao exposto, o retorno financeiro não ocorre de maneira satisfatória para esses profissionais segundo Hanzelmann e Passos (2010), originando assim outro foco de sofrimento para os participantes da pesquisa.

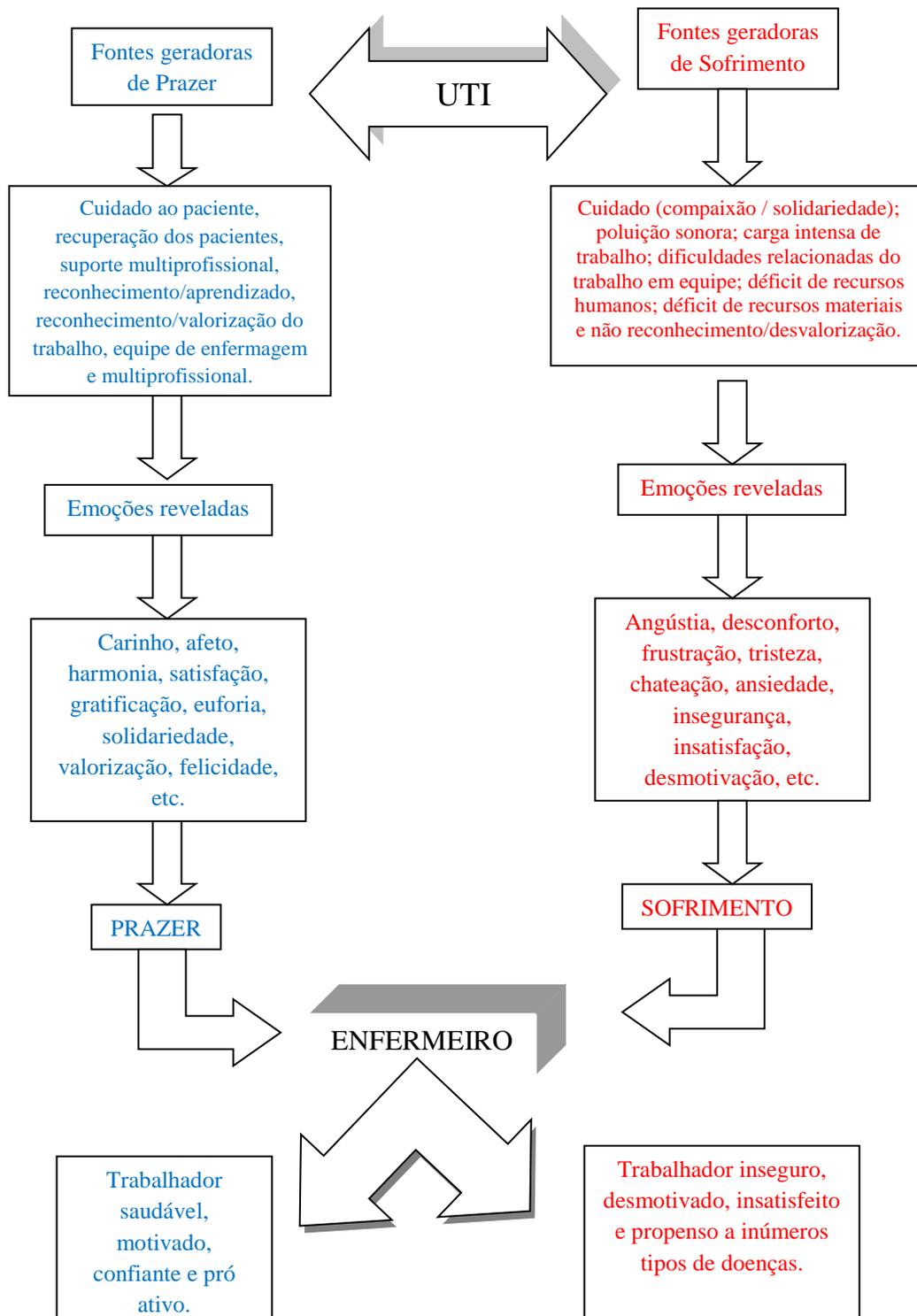
*“[...] e acaba você se frustrando em algumas coisas, assim... [...] da questão de salário, de reconhecimento. [...] pouco reconhecimento. Reconhecimento tanto financeiro quanto profissional mesmo, diante da sociedade.” (Enf.2).*

*“Sofrimento é quando você... É a desvalorização da gente, da enfermagem. Porque a gente é desvalorizado. [...] Até o próprio paciente, você fica o tempo todo com aquele paciente e ele agradece só ao médico.” (Enf.5).*

*“Cara! Para mim uma das coisas que são desmotivadoras é o salário. [...] A pessoa não trabalha com ânimo, porque não está ganhando bem! O trabalho dela não está sendo valorizado. Ela não está tendo o retorno financeiro daquilo.” (Enf.6).*

*“Então é assim... Você trabalha, estuda, se capacita... Você agregou valores à profissão! E quando você termina isso, eu te pergunto: e financeiramente? O valor que a gente acaba agregando é muito baixo.” (Enf.12).*

Diante do exposto, com vista à sistematização dos resultados discutidos apresentamos uma síntese das fontes geradoras de prazer e sofrimento nas atividades laborais relatadas pelos enfermeiros de uma UTI e a repercussão no processo de trabalho. (Figura 3)



### **Figura 3 - Diagrama representativo do prazer e do sofrimento laboral do enfermeiro na UTI**

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao desenvolver esta pesquisa foi possível observar e compreender o contexto de trabalho no qual os participantes da pesquisa estão inseridos. Assim como, analisar e discutir como os sentimentos de prazer e sofrimento podem interferir e influenciar as atitudes e os comportamentos desses indivíduos, em seu ambiente de trabalho e no desenvolvimento de suas atividades laborais.

Neste sentido, visto que o cenário da pesquisa (UTI) foi considerado um ambiente dinâmico, imprevisível e, principalmente, ambíguo tanto pela literatura quanto pelos participantes da pesquisa. Esta configuração paradoxal e complexa deste respectivo ambiente laboral foi um fator preponderante que favoreceu a visualização e a contextualização destes sentimentos em relação a este processo de trabalho e prática laboral tão singular. Ademais, a maciça adesão dos enfermeiros a pesquisa foi outro fator que facilitou o desenvolvimento do estudo e o alcance dos objetivos.

Assim, foi possível perceber que os sentimentos de prazer e sofrimento e suas manifestações são elementos presentes e constantes na prática laboral dos enfermeiros desta UTI. E isso propiciou uma percepção mais ampla e abrangente a respeito do tema e um conhecimento mais “sólido” e tangível que o comumente oferecido pelo senso comum, um conteúdo abstrato estereotipado pela literatura romântica.

De modo que os reflexos dos sentimentos (prazer e sofrimento) não podem ser analisados e compreendidos de maneira estática e unilateral, ou seja, contemplando apenas o seu caráter subjetivo. Os resultados apontaram que os sentimentos de prazer e sofrimento influenciam, principalmente, os aspectos subjetivos (mental) do indivíduo, mas os seus reflexos também podem ser vistos em uma perspectiva física, ou seja, repercutindo sobre o corpo do indivíduo.

E, como o foco deste estudo foram os enfermeiros desta UTI e estes profissionais são uma das principais engrenagens que movimentam o setor,

assim como, os profissionais que passam mais tempo ao lado do paciente. O bem estar deste indivíduo em seu ambiente laboral torna-se relevante não apenas para a saúde (mental e física) do indivíduo, mas também, para a qualidade do serviço prestado, afinal, a essência e o alvo do trabalho em saúde, em particular, são pessoas e vidas.

Nesta perspectiva, apesar dos fatores desencadeantes dos sentimentos de prazer e sofrimento serem considerados subjetivos, ou seja, nem sempre o que é prazeroso para uma pessoa é prazeroso para outra e o mesmo pensamento vale para o sofrimento. Pôde-se observar que algumas situações vivenciadas favorecem, em maior ou menor grau, a manifestação destes respectivos sentimentos, em seu ambiente laboral.

Diante disso, no cenário do estudo os fatores geradores de prazer para os enfermeiros estavam relacionadas às atividades voltadas ao cuidado do paciente, o significado que estas atividades têm para o indivíduo. E neste caso, a atividade com maior ênfase como fonte de prazer foi o ato de cuidar, uma unanimidade dentre os relatos, pois, esta atividade em particular traz significado e valor às atribuições laborais desenvolvidas.

Em contrapartida, os fatores considerados como sofrimento estão relacionados às condições de trabalho oferecidas ao indivíduo sejam elas de cunho ambiental, estrutural, físico ou relacional. O que demonstra que o local de trabalho possui uma posição de destaque na manifestação destes sentimentos prazer e sofrimento e na vida laboral do trabalhador.

No entanto, existem fatores, respeitando o aspecto subjetivo, que transitam pela linha tênue que separa o prazer do sofrimento destes enfermeiros, o reconhecimento / valorização é exemplo disso. Quando os profissionais se sentem valorizados é uma fonte de prazer, quando não, torna-se uma fonte de sofrimento. Isso demonstra que por maior aprofundamento do tema, ele nunca poderá ser tratado como uma ciência exata, pois, dependem de uma combinação de inúmeros fatores individuais e laborais.

Entende-se que esta pesquisa contribuiu como fonte atualizada e específica e um incentivo para estudos futuros, que contemplem os demais profissionais da área da saúde e os outros setores hospitalares, de forma aprofundar discussões relativas ao processo de trabalho e o contexto laboral

hospitalar, visto que este estudo foi realizado com um único grupo de profissionais de saúde (enfermeiros) e em um único setor do hospital (UTI).

Além de investigações que contemplem não apenas o caráter subjetivo desses sentimentos, mas que demonstrem também, de forma prática e objetiva, suas alterações neurofisiológicas.

## 6 - REFERÊNCIAS

1. ALMADA, L. F. Neuropeptídeos e neuroquímica cerebral: o background conceitual da neurociência afetiva. **Poros**, Uberlândia, v. 1, n. 2, p. 26-41, 2009.
2. ALMEIDA, L. L.; MERLO, A. R. C. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 139-57, 2008.
3. ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-52, 2009.
4. ANDRADE, A. C. A enfermagem não é uma profissão submissa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 96-98, 2007.
5. ASSUNÇÃO, R. M.; CASTRO, P. F. Relação entre estresse laboral e personalidade entre profissionais da área de saúde. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 4-16, 2011.
6. AURÉLIO, F. S. **Ruído em unidade de terapia intensiva neonatal**. 2009. 118 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
7. AVANCI, R. C.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M. et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2009.
8. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. **Por dentro do HGB: um guia prático de orientações dos serviços hospitalares**. Rio de Janeiro, 2006.
10. CAGNIN, S. Algumas contribuições das neurociências para o estudo da relação entre o afeto e a cognição. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 473-504, 2008.
11. CAMPOS, J. F. **Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro**. 2008. 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

12. CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. D. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-8, 2011.
13. CARVALHO, S. G. O lugar dos sentimentos na ciência do comportamento e na psicoterapia comportamental. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 33-6, 1999.
14. CARVALHO, V. Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem - 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 207-14, 2012.
15. CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar**. 2012. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
16. CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arq. Cat. Med.**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.
17. CRUZ, E. J. E. R. **Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em Terapia Intensiva**. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
18. DAMÁSIO, António R. **Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
19. DAVID, H. M. S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a política nacional de educação popular em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-85, 2012.
20. DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed., São Paulo: Cortez - Oboré, 2001.
21. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. / 13. reimpr., São Paulo: Atlas, 2012.
22. ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem (1876)**. Edição Eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores, 1999.

- Disponível em <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/macaco.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2006.
23. FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-39, 2010.
  24. FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-29, 2011.
  25. FERREIRA, E. N.; FERNANDES, M. F. P.; PRADO, C. et al. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1292-96, 2009.
  26. FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed., São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009.
  27. FLACH, L.; GRISCI, C. L. I.; SILVA, F. M. et al. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 193-202, 2009.
  28. FREIRE, L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência? Uma análise teórica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 15-24, 2010.
  29. GARANHANI, M. L.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. et al. O trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2008.
  30. GARCIA, A. B.; DELLAROZA, M. S. G.; HADDAD, M. C. L. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-59, 2012.
  31. GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? **Rev Bras Enferm**, Brasília, n. 62, v. 6, p. 916-18, 2009.
  32. GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011.
  33. GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-62, 2008.
  34. GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 19, n.4, p. 456-61, 2006.

35. GUTIERREZ, E. V. W.; FERREIRA, B. A.; NUNES, B. A. poluição como fonte de estresse para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 126-29, 2000.
36. HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.
37. JESUS, E. S.; MARQUES, L. R.; ASSIS, L. C. F. et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-73, 2010.
38. KESSLER, A. I.; KURG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho de enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012.
39. LARANGEIRA, S. M. G. As transformações do trabalho num mundo globalizado. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 14-9, 2000.
40. LESSA, S. A. centralidade ontológica do trabalho de Lukács. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 2, n. 52, p. 07-23, 1996.
41. LIMA-JÚNIOR, J. H. V.; ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **RAE**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.
42. LOPES, M. C. R. Subjetividade e trabalho na sociedade contemporânea. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 91-113, 2009.
43. LOPES, M. J. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 220-28, 2005.
44. LUCHESI, L. B.; SANTOS, C. B. Enfermagem: o que a profissão significa para adolescentes. Uma primeira abordagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 158-64, 2005.
45. MARTINATO, M. C. N. B.; SEVERO, D. F.; MARCHAND, E. A. A. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão interativa. - **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-66, 2010.
46. MARTINS, I. M. M.; AZEVEDO, J. R. N. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. **Revista Pegada**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 190-93, 2010.
47. MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-11, 2012.

48. MELO, R. C. C. P.; SILVA, M. J. P.; PARREIRA, P. M. D. et al. Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1387-95, 2011.
49. MELO JÚNIOR, J. A. C. C. O trabalho e seus críticos: um debate teórico. **Fênix - Revista de História e Estudos Culturais**, Uberlândia, v. 5, n. 3, p. 1-20, 2008.
50. MENDES, K. G. L.; CASTILHO, V. Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. **Rev Inst Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 324-29, 2009.
51. MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-65, 2006.
52. NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n.1, p. 74-7, 2005.
53. OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA, E. M. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 10, n. 3, p. 405-13, 2008.
54. OLIVEIRA, R. M.; FUREGATO, A. R. F. Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 87-93, 2012.
55. PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-6, 2005.
56. PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional de enfermagem. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 241-52, 2011.
57. **PAULA, V. G.** O diagnóstico acerca das respostas corporais verbalizadas pelos enfermeiros quando submetidos a fatores estressantes no Centro de Terapia Intensiva. 2009. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
58. PINHEIRO, T. F. **Sentimento de realidade, afetividade e cognição no ensino de ciências.** 2003. 245 p. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

59. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.
60. PRATA, G. P. A tecnologia no cuidado hemodialítico: prazer e sofrimento no trabalho do Enfermeiro. 2011. 95 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
61. PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. - **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-45, 2010.
62. REGIS FILHO, G. I. Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Revista Produção**, Santa Catarina, v. 11, n. 2, p. 69-87, 2002.
63. RIZZOTTO, M. L. F. Resgate histórico das primeiras semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. esp., p. 423-27, 2006.
64. RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 454-62, , 2012.
65. RODRIGUES, V. F. Principais impactos do trabalho em turnos: estudo de caso de uma sonda de perfuração marítima. **R. Un. Alfenas**, Alfenas, v. 1, n. 4, p. 199-207, 1998.
66. SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; SILVA, D. C. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013.
67. SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para gestão em saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.
68. SCHWONKE, C. R. G. B.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-92, 2011.
69. SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 95-106, 1999.

70. SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.
71. SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15, v. 3, p. 442-48, 2006.
72. SILVA, E. C. G.; CHAFFIN, R. A.; NETO, V. C. S.; et al. Impactos gerados pelo trabalho em turnos. Perspectivas online, v. 04, n. 13, p. 65-86, 2010.
73. SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 738-44, 2011.
74. SOUZA, N. V. D. O.; CORREIA, L. M.; CUNHA, L. S. et al. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 250-57, 2011.
75. TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 415-21, 2009.
76. TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico PUCRS**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 102-9, 2009.
77. TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 141-46, 2007.
78. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

## 7- APÊNDICES

### 7.1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “Prazer e sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI”

Responsável pelo projeto: Fabiano Bitencourt Lima – tel: (21) 9684-2584 e Profª Drª.  
Joanir Pereira Passos.

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Tel: (21) 2527-7174

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

O Sr.(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Prazer e sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI” de responsabilidade dos pesquisadores Fabiano Bitencourt Lima e Profª Drª Joanir Pereira Passos.

- ❖ Que esta pesquisa tem como objetivos: 1- Identificar os fatores que despertam prazer e os que causam sofrimento ao enfermeiro de uma UTI em sua rotina laboral; 2- Discutir como esses sentimentos de prazer e sofrimento refletem no processo saúde-doença e trabalho desses enfermeiros, na perspectiva da saúde do trabalhador.
- ❖ Que para a coleta dos dados será utilizada uma entrevista individual com perguntas que possam ajudar a alcançar os objetivos da pesquisa, e esta, será gravada com um gravador de áudio para uma maior riqueza nos dados;
- ❖ Que esta pesquisa conterá perguntas relacionadas às experiências pessoais (laborais) do enfermeiro. Sendo assim, este poderá escolher não responder a quaisquer perguntas que o faça se sentir incomodado.
- ❖ Que esta pesquisa trará contribuições importantes para o processo de trabalho do profissional de enfermagem (enfermeiro);
- ❖ Que recebi respostas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- ❖ Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga algum prejuízo para mim;
- ❖ Que manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- ❖ Que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

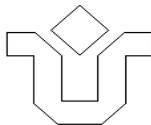
declaro ter sido informado e concordo com minha participação, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela pesquisa: \_\_\_\_\_

## 7.2- ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

### DADOS PERTINENTES À PESQUISA

**Codinome:** \_\_\_\_\_ **Data de nasc. :** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M [ ] F [ ]

**Setor de trabalho:** \_\_\_\_\_ **Renda Mensal:** [ ] Menos de 03 salários mínimos;  
[ ] 03 salários mínimos;  
[ ] 04 salários mínimos;  
[ ] 05 salários mínimos;  
[ ] Mais de 05 salários mínimos.

**Turno de trabalho:** \_\_\_\_\_ **Vínculo empregatício:** \_\_\_\_\_

**Nº de empregos (como enfermeiro):** \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Qual o valor/significado que o trabalho tem em sua vida?

Como você descreveria sua relação com o trabalho e sua prática laboral (prazerosa e/ou sofrida)?

Quais os fatores que geram prazer e causam sofrimento na sua prática laboral?

Como você acredita que esses sentimentos (prazer e sofrimento) influenciam em sua rotina laboral?

## 8- ANEXOS

### 8.1 PARECER DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prazer e sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI

**Pesquisador:** Fabiano Bitencourt Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15167913.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 316.837

**Data da Relatoria:** 27/06/2013

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa relevante pois se compromete com a identificação de fatores que são a origem do prazer e do sofrimento desse profissional. E a compreensão desses fatores é importante para elaboração de estratégias que promovam melhorias no processo de trabalho e contribuam para uma vida laboral mais aceitável e equilibrada para os profissionais de enfermagem. Tem por objeto: o prazer e o sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de UTI. Metodologia: abordagem qualitativa que será fundamentada no tipo de pesquisa descritiva. Cenário da pesquisa: UTI Adulto de um hospital público de grande porte situado na cidade do Rio de Janeiro. Participantes da pesquisa: Enfermeiros lotados na UTI Adulto. Instrumento de Coleta de Dados: entrevista semi-estruturada, contendo roteiro com questões relacionadas ao perfil sócio-demográfico dos participantes e aos fatores que desencadeiam prazer/sofrimento neste profissional. Tratamento dos Dados: Os dados serão examinados pela Análise de Conteúdo, segundo Laurence Bardin.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: identificar os fatores que despertam prazer e os que causam sofrimento ao enfermeiro de uma UTI em sua rotina laboral e discutir como esses sentimentos de prazer e sofrimento refletem no processo saúde-doença e trabalho desses enfermeiros, na perspectiva da saúde do trabalhador.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 316.937

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador informa sobre riscos mínimos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e de interesse para a área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão de acordo.

**Recomendações:**

As anteriores já foram plenamente atendidas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/1996, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, e ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

RIO DE JANEIRO, 26 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

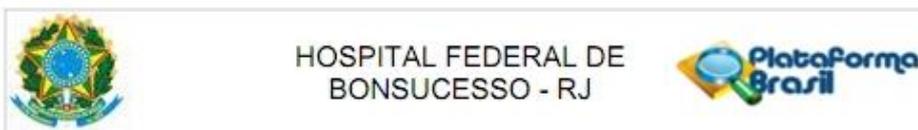
Telefone: (21)2542-7798

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

## 8.2 PARECER DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prazer e sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI

**Pesquisador:** Fabiano Bitencourt Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15167913.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 325.742

**Data da Relatoria:** 04/07/2013

#### Apresentação do Projeto:

O prazer e o sofrimento na rotina laboral do enfermeiro de UTI. Na realidade nenhuma prática está isenta de proporcionar prazer e/ou sofrimento. Porém, alguns fatores relacionados à própria natureza do trabalho, sua forma de organização e as suas condições de realização, poderão determinar a presença desses sentimentos, em maior ou menor grau. Diante disso, visto as adversidades apresentadas na rotina laboral do enfermeiro de uma UTI, a pesquisa será desenvolvida utilizando uma abordagem qualitativa e torna-se relevante pois se compromete a identificar os fatores que são a origem do prazer e do sofrimento desse profissional. E a compreensão desses fatores é importante para elaboração de estratégias que promovam melhorias no processo de trabalho e contribuam para uma vida laboral mais aceitável e equilibrada para os profissionais de Enfermagem.

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar os fatores que despertam prazer e os que causam sofrimento ao enfermeiro de uma UTI em sua rotina laboral e discutir como esses sentimentos de prazer e sofrimento refletem no processo saúde-doença e trabalho desses enfermeiros, na perspectiva da saúde do trabalhador.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata que não existem riscos físicos para os participantes da pesquisa, porém algum desconforto emocional poderá ocorrer pelo fato do participante estar falando sobre seus

Endereço: Av. Londres, 818  
 Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2581-2852 E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE  
BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 325.742

sentimentos no cotidiano de sua prática profissional. No entanto, o participante da pesquisa terá total liberdade para interromper, a qualquer momento, tanto a entrevista quanto a sua participação na pesquisa caso não se sinta a vontade, e sem nenhum tipo de penalidade.

O pesquisador relata que este estudo poderá não trazer benefícios de imediato ao participante da pesquisa, mas busca entender melhor a influência do prazer e do sofrimento no processo saúde-doença e trabalho dos enfermeiros de uma UTI, na perspectiva da saúde do trabalhador. De maneira que esta compreensão poderá contribuir para elaboração de estratégias que promovam melhorias no processo de trabalho e contribuam para uma vida laboral mais aceitável e equilibrada. Assim como, a realização desse projeto promoverá o crescimento e desenvolvimento acadêmico acerca do grupo e do tema pesquisado, servindo desta forma como estímulo para futuros estudos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com tema relevante para a prática profissional dos enfermeiros que atuam em UTIs.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Recomendamos informar no método o local onde será realizada a entrevista.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendamos informar no método o local onde será realizada a entrevista.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação, o CEP-HFB considerou o projeto aprovado, pois atende às normas da Resolução 196/96 do CNS.

Endereço: Av. Londres, 818  
 Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2681-2852 E-mail: cephgbr@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE  
BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 325.742

RIO DE JANEIRO, 04 de Julho de 2013

---

Assinador por:  
CRISTINA CARVALHO VIANA DE ARAUJO  
(Coordenador)

Endereço: Av. Londres, 818  
Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3977-9833 Fax: (21)2681-2852 E-mail: cephgbr@gmail.com