



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

**A TECNOLOGIA NO CUIDADO HEMODIALÍTICO:
PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO
ENFERMEIRO**

GREICE PETRONILHO PRATA
Orientador: Prof^ª. Dr. Joanir Pereira Passos

**Rio de Janeiro
Abril de 2011**

P497 Prata, Greice Petronilho.
A tecnologia no cuidado hemodialítico : prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro / Greice Petronilho Prata, 2011.
95f.

Orientador: Joanir Pereira Passos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Enfermeira e paciente. 2. Emoções. 3. Cuidados em enfermagem. 4. Hemodiálise. 5. Enfermeiros – Satisfação no trabalho. 6. Enfermeiros - Insatisfação no trabalho. I. Passos, Joanir Pereira. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730699



GREICE PETRONILHO PRATA

**A TECNOLOGIA NO CUIDADO HEMODIALÍTICO:
PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO
ENFERMEIRO**

Linha de Pesquisa – O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e de ensinar.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª.Dr. Joanir Pereira Passos

**RIO DE JANEIRO
ABRIL / 2011**



DEFESA DE DISSERTAÇÃO

PRATA, Greice Petronilho. A tecnologia no cuidado hemodialítico: Prazer e Sofrimento no trabalho do Enfermeiro. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof^ª.Dr. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

1º. Examinadora: Prof^ª. Dr. Helena Maria Scherlowski Leal David
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

2º. Examinadora: Prof^ª. Dr. Teresa Tonini
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

1º. Suplente: Prof^ª. Dr. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

Suplente: Prof^º. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

Defendida a Dissertação em: 30 de março de 2011.
Conceito: APROVADO
Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.

DEDICATÓRIAS

Com muita alegria e satisfação dedico este trabalho

*A Deus, pois tudo em minha vida é cuidadosamente
permitido e conduzido por Ele.
A Nossa Senhora, mãe misericordiosa, intercessora junto
ao Pai nos momentos difíceis desta caminhada.*

*Aos meus amados pais, Mauro Prata e Sandra
Petronilho, sem dúvida alguma, os grandes responsáveis
por esse feito, essa conquista só foi possível por vocês!*

*Em especial ao meu esposo, Marcelo Carvalho,
companheiro nos momentos mais difíceis deste
caminhar, soube gerenciar com sabedoria minhas
inquietações e minha ausência no início do nosso
casamento. Essa vitória é nossa. Amo você.*

*Aos meus queridos irmãos Bruno Petronilho e Mauro
Júnior, que acreditaram em meu potencial, pelo
companheirismo e pela torcida.*

AGRADECIMENTOS

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

Agradeço sobretudo a Deus pela oportunidade que me foi concedida em alcançar os objetivos traçados em minha vida profissional.

A minha querida orientadora e amiga, Dr^a Joanir Pereira Passos, muito obrigada por fazer parte dessa conquista. Posso dizer que tudo começou na graduação... Depois veio a grande oportunidade de ser sua bolsista de iniciação científica e não paramos mais. Obrigada pela tolerância e respeito aos meus limites durante a caminhada e por ser minha eterna “querida professora”.

A minha família, que, sinceramente, me apoiaram nesta árdua jornada chamada mestrado, e souberam compreender meus momentos ausentes.

Entre esses, meu marido, Marcelo Carvalho - meu amor, minha força - a palavra obrigada não seria suficiente para traduzir a minha gratidão pelo seu apoio e incentivo desde a possibilidade em fazer o mestrado até a certeza de estar terminando.

Aos meus pais, Mauro e Sandra, pela vida, pelo caráter, pelo incentivo constante, pelas tantas e tantas orações, jamais esquecerei o cuidado, a doação e a dedicação que me fizeram chegar até aqui.

Aos meus irmãos, Bruno e Mauro Júnior, por fazerem parte dessa conquista e pela generosidade em compreender os momentos tensos vividos.

Aos membros da banca que operaram grande ajuda na manutenção do foco da pesquisa e por terem me honrado com a vossa participação.

Em especial à professora Dr^a Teresa Tonini, pelo carinho e pelas valiosas contribuições em especial na análise do conteúdo. Obrigada por me ensinar muito!

A professora Dr^a Helena David, obrigada pelas suas preciosas sugestões e sua disponibilidade em estar presente em minha banca em pleno período de férias.

Ao professor Dr^o Roberto Carlos Silva, em ter participado e direcionado meu projeto inicial de pesquisa, suas contribuições foram valiosas e essenciais para alcançar os objetivos propostos.

A todos do Programa de pós-graduação em Enfermagem - Mestrado, em especial o coordenador e professor Dr^o. Wellington Amorim, sempre presente, prontamente disposto a compreender os percalços encontrados na caminhada.

Agradeço a todos os outros professores pela oportunidade de alcançar mais uma fatia de conhecimento.

As amigas, Amanda Marques, Marcelle Nolasco, Mercedes Neto, Débora Thomé e Françoes Oliveira, que nos momentos de aflições estavam presentes, amenizando as circunstâncias com gargalhadas e distrações. Amigos de verdade são para sempre.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por acreditar e contribuir financeiramente para a construção deste trabalho.

A Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto muito obrigada. Tenho orgulho de ter feito parte deste grupo de enfermeiros que mesmo com o sucateamento do serviço público, luta diariamente por uma assistência de enfermagem de qualidade.

As últimas palavras são destinadas àqueles que, cada um a sua forma, se fizeram presentes ao longo da caminhada, estimulando, acreditando, torcendo.

TUDO O QUE HOJE PRECISO REALMENTE SABER, APRENDI NO JARDIM DE INFÂNCIA

(PEDRO BIAL)

Tudo o que hoje preciso realmente saber, sobre como viver, o que fazer e como ser, eu aprendi no Jardim de Infância. A sabedoria não se encontrava no topo de um curso de pós-graduação, mas no montinho de areia da escola de todo dia.

Estas são as coisas que aprendi lá:

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

Pegue qualquer um desses itens, coloque-os em termos mais adultos e sofisticados e aplique-os à sua vida familiar, ao seu trabalho, ao seu governo, ao seu mundo e aí verá como ele é verdadeiro claro e firme. Pense como o mundo seria melhor se todos nós, no mundo todo, tivéssemos biscoitos e leite todos os dias por volta das três da tarde e pudéssemos nos deitar com um cobertorzinho para uma soneca.

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

RESUMO

PRATA, Greice Petronilho. **A tecnologia no cuidado hemodialítico: Prazer e Sofrimento no trabalho do Enfermeiro**. 2011, 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de investigação, o prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro ao se utilizar das tecnologias inseridas no cuidado hemodialítico. Os objetivos traçados são: identificar os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados por enfermeiros que prestam cuidado ao cliente em hemodiálise; e discutir como os sentimentos de prazer e sofrimento implicam na prestação do cuidado do enfermeiro durante a terapia hemodialítica. Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa, com dados quantitativos de caráter complementar. Os sujeitos foram 10 enfermeiros assistenciais de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi através de um roteiro de entrevista semiestruturada e individual. Os dados quantitativos que caracterizam o perfil dos enfermeiros foram analisados através da estatística descritiva (distribuição por frequência simples) e os dados qualitativos receberam tratamento através da Análise de Conteúdo descrita por BARDIN. Os dados qualitativos foram analisados mediante o discurso dos sujeitos, que sustentaram posterior análise de conteúdo com a construção de diagramas e figuras. Em seguida fundamentaram a construção das duas categorias temáticas (Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente; e Criando estratégias no processo de cuidar.). Após a análise dos dados, foi possível entender que as implicações da utilização de tecnologias – dura (máquinas), leve-dura (conhecimentos estruturados) e leve (ações relacionais) – possuem caráter multidimensional no processo de cuidar, e as três tecnologias são fontes geradoras de prazer e sofrimento, repercutindo no processo de cuidar, ora ao aliviar a carga tensional do trabalho, ora potencializando a nocividade em que são expostos. Contudo, foram observadas as estratégias defensivas individuais e coletivas criadas frente ao processo de trabalho, principalmente pelo descompassado entre o trabalho prescrito e o real trabalho, em que a gestão administrativa e organizacional é negligente, acarretando sobrecarga cognitiva e funcional, além de potenciais iatrogenias.

Palavras chave: Enfermagem, Tecnologias no cuidado, Cuidado de enfermagem, Hemodiálise, Prazer e Sofrimento no trabalho.

ABSTRACT

PRATA, Greice Petronilho. **The technology in the hemodialytic care: Pleasure and Suffering in the workplace of the Nurse.** 2011, 95f. Dissertation (Masters Degree in Nursing). Rio De Janeiro, Federal University of the State of Rio De Janeiro - UNIRIO, Center of Biological Sciences and the Health.

The object of this dissertation is the experience in nursing work when using the technologies included in the care of chronic dialysis. The objective is to identify the feelings of pleasure and pain experienced by nurses who provide care to the patient in hemodialysis and discuss how those feelings involve the provision of nursing care. This is a descriptive study and exploratory qualitative approach, using a quantitative character complement. Data collection was through a semi-structured interviews with clinical nurses from a university hospital of Rio de Janeiro. After analyzing the data it was possible to understand the implications of the use of technologies - Hard (machines), Light-Hard (structured knowledge) and Light (relational activities) - are multidimensional in the care process and those technologies are sources of pleasure and pain, affecting the process of caring, sometimes to relieve the tension load of work, sometimes enhancing the harm they are exposed. However, the individual and collective defensive strategies take place at the work process, especially between prescribed work and real work, in which the organizational and administrative management is lax, resulting in cognitive overload and functional addition to potential iatrogenic complications.

Keywords: Nursing, Technologies in the care, Care of nursing, Hemodialise, Pleasure and Suffering in the work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Distribuição dos entrevistados por sexo e vínculo institucional	43
GRÁFICO 2 – Distribuição dos entrevistados por idade e especialização	45
QUADRO 1 – Síntese dos temas mais evocados nas 10 entrevistas quanto aos sentimentos e emoções experimentados durante a realização da terapia	48
QUADRO 2 – Síntese dos temas mais evocados nas 10 entrevistas ao relacionar máquina e cuidado	48
QUADRO 3 – Síntese das estratégias de defesa contra o sofrimento laboral	49
QUADRO 4 – Unidade de registro extraído da análise – Sofrimento	56
QUADRO 5 – Unidade de registro extraído da análise – Prazer	59
QUADRO 6 – Unidade de registro extraído da análise – Tecnologia	61
FIGURA 1 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 2	50
FIGURA 2 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 3	51
FIGURA 3 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 5	52
FIGURA 4 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 8	53
FIGURA 5 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 10	54
FIGURA 6 - Diagrama representativo das categorias emergentes	63
FIGURA 7 – Diagrama Representativo da categoria I - Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente	66
FIGURA 8 – Diagrama Representativo da categoria II - Criando estratégias no processo de cuidar	76

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 O problema e o objeto de pesquisa	13
1.2 Questões norteadoras	18
1.3 Objetivos	18
1.4 Justificativa do estudo	19

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalho do enfermeiro e as tecnologias no cuidado hemodialítico	21
2.2 Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro	29

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 Características do estudo	35
3.2 Cenário do estudo	36
3.3 Sujeitos do estudo	38
3.4 Coleta e análise dos dados	39

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos	42
4.2 Discussão dos resultados advindos dos depoimentos	47
4.3 Categorias Discutidas	65
Categoria I - Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente	65
Categoria II – Criando estratégias no processo de cuidar.....	74

CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
-----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
---	-----------

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista semiestruturada	91
---	-----------

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	92
--	-----------

APÊNDICE C - Cronograma	93
--------------------------------------	-----------

ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética	94
--	-----------

ANEXO B - Folha de rosto do SISNEP	95
---	-----------

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 O problema e o objeto de pesquisa

O interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir da vivência com nefropatas em programa de diálise, onde se observou que membros da equipe de enfermagem desenvolviam sentimentos opostos ao se utilizarem dos aparatos tecnológicos, durante o cuidado em hemodiálise.

Em sua rotina laboral, vivenciam ora sentimentos de sofrimento, ora sentimentos de prazer. Os sentimentos causadores de sofrimento foram detectados por nós em relação à dependência do profissional para com o maquinário, e tal relação pode desencadear, em alguns casos, um cuidado “mecanizado” e “tecnicista”.

Já os sentimentos de prazer despertados acontecem quando o profissional percebe que sua atividade assistencial é reconhecida pelo cliente ou pela equipe de trabalho, e que subsidiou a qualidade de vida a essa população, além de dominar uma tecnologia de ponta e vivenciar um prognóstico melhor.

Diante destas percepções hipotéticas relatadas acima, entendemos que “o processo saúde-adoecimento do trabalhador resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo e do controle que os próprios trabalhadores colocam em ação para interferirem nas suas condições de vida e trabalho.” (HAAG, 2001, p. 15).

Faz-se necessário também relatar que o cuidado nefrológico em hemodiálise, por possuir uma periodicidade de três vezes na semana, favorece a proximidade entre o cliente e o enfermeiro. Além disso, segundo Lima e Gualda (2000), os clientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC), ao receberem o diagnóstico de lesão renal, desenvolvem sentimentos de medo, pelo desconhecimento da doença, e incerteza quanto ao futuro, associados aos mecanismos de defesa e “negação” da doença.

Nesse contexto encontra-se inserido o enfermeiro, que acompanha desde a adesão do cliente ao programa de diálise, assistindo-o durante o tratamento dialítico e promovendo a educação em saúde para eles e a seus familiares. Portanto, torna-se o principal mediador do cliente com a nova fase de sua vida, tentando desmistificar o cenário dialítico dito, por vezes, amedrontador e terminal.

Para romper o estereótipo, é essencial que se estabeleça uma assistência acolhedora e humanizada ao cliente e seus familiares, com o intuito de aliviar angústias, esclarecendo a

importância da aderência e comprometimento com o tratamento dialítico.

Como dito anteriormente, o processo de aceitação da doença renal é acompanhado de conflitos, medo e incertezas, tais como sentimentos de tristeza, revolta, isolamento social, abandono das responsabilidades e desesperança ao conviver com uma doença crônica que pode levar à morte, nos casos em que não há assiduidade na terapia. Para tanto, o enfermeiro ao prestar assistência a nefropatas em hemodiálise, necessita estabelecer uma abordagem que atenda os aspectos clínicos e psicológicos, viabilizando uma escuta sensível, com o intuito de identificar a real demanda de sua clientela.

Com isso, o nefropata em hemodiálise poderá se sentir seguro e acolhido, ao retornar periodicamente ao tratamento. Entretanto, tais relações estabelecidas podem causar sobrecarga física, e principalmente emocional, à equipe de enfermagem, a qual relaciona-se diretamente ao prognóstico desse cliente e à proximidade estabelecida. Inferimos que alguns profissionais podem criar medidas defensivas diante das situações conflituosas, tais estratégias serão abordadas posteriormente.

Entretanto, Machado e Scramin (2002, p. 325) chamam a atenção para “a ausência de habilidade dos profissionais de enfermagem em lidar com necessidades especiais do cliente, em que deve ser incentivado naqueles um comportamento crítico, reflexivo e participativo quanto ao desempenho das ações de cuidar”.

Mediante tais ressalvas, o cuidado de enfermagem a nefropatas em programa de hemodiálise caracteriza-se por um cuidado que necessita de um conhecimento técnico-científico qualificado ao se utilizar de tecnologias específicas, portanto, indo além do cliente, estendendo-se também a uma máquina de diálise, que pode possuir limitações quando (ou se) a manutenção técnica não ser constante.

Tais especificações podem ser fontes geradoras de sentimentos nesses profissionais, pela demanda excessiva do desprendimento de energia, dificuldade em lidar com as exigências da tecnologia disponível durante o cuidado, dificuldade em se desvincular do sofrimento vivenciado pelo nefropata, assim como a perda de seu cliente, ou as complicações dialíticas, que são frequentes nesse cenário, exigindo dos profissionais decisões e ações imediatas.

Além de se tratar de um público que rotineiramente está retornando ao serviço hospitalar, ora para acompanhamento através das consultas, ora para a realização da terapia, ou pelo agravamento do quadro clínico, necessitando de internações recorrentes. Além de clientes que, após transplantados, perdem o enxerto renal e necessitam retornar à terapia hemodialítica. Caberá ao enfermeiro, juntamente com toda a equipe multiprofissional,

resgatar a esperança e o comprometimento do renal com a terapia instituída.

Diante do exposto, acredita-se que a equipe de enfermagem estabelece vínculos afetivos e emocionais com o cliente, não apenas porque a assistência exige, mas, sim, por acompanhar a evolução da doença, por ser mentora no processo de aceitação da mesma, por compartilhar aflições e incertezas tanto do cliente e dos familiares, por vivenciar as dificuldades e restrições que a terapia impõe, além dos cuidados prestados durante o tratamento.

Essa relação se estende também aos familiares do cliente, pois os enfermeiros se tornam confidentes e apaziguadores das frustrações, compartilhando momentos de vitórias e alegrias, além das orientações e esclarecimentos ofertados ao longo do tratamento.

A convivência freqüente com a morte expõe o profissional a experiências e vivências de angústia e sofrimento, trazendo-lhe a antevisão de sua própria morte ou lembrança de confronto com a mesma, podendo levá-lo ao esgotamento psíquico, que pode ser entendido como um estado de exaustão prolongado e perda de interesse, advindo da rotina de enfrentamento de situações que evidenciam a finitude. (QUEIROZ, 2008, p.13)

Inferimos que alguns profissionais desenvolvem estratégias de defesa, como citado anteriormente, contra a grande ansiedade gerada pelo próprio trabalho, com o intuito de prevenir o adoecimento laboral.

Assim, as estratégias de defesa emergem no contexto laboral cuja carga de trabalho caracteriza-se por situações desgastantes e determinantes de sofrimento, vividas ininterruptamente pelos trabalhadores de enfermagem, como a atenção constante; a supervisão estrita (controle, pouca autonomia e criatividade e não participação na tomada de decisões); o ritmo acelerado de trabalho; o trabalho parcelado, monótono e repetitivo; comunicação dificultada; fadiga; tensão; estresse; insatisfação. (HADDAD, 1998)

Alguns enfermeiros, no cenário do presente estudo, podem utilizar a máquina como escudo contra o sofrimento laboral, com o intuito de se desvincularem do cliente, ao realizarem os procedimentos somente quando lhe é necessário ou quando a máquina os “chama”, possibilitando vivenciar sensações e sentimentos de limitação, robotização do cuidado, distanciamento do cliente, ou até desvalorização do seu cuidado.

A dinâmica do setor de hemodiálise não favorece a criatividade do profissional, pois o procedimento operacional é essencialmente padronizado e normatizado. Além do ritmo acelerado do trabalho, que é contabilizado por turnos com duração de cinco horas cada, esse ritmo é constante e cadenciado, havendo uma dependência da qualidade da maquinaria para se

obter uma assistência de qualidade.

O sofrimento dos trabalhadores pode estar vinculado a aspectos como condições de trabalho e organização do trabalho, que envolve as questões de responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes em estado grave que estabelecem limites/possibilidades e o relacionamento entre as pessoas. (DEJOURS, 2009, p. 53)

Entretanto, refletindo sobre a vertente prazerosa do cuidado hemodialítico, verifica-se que ela é despertada quando o trabalho é reconhecido pelos usuários, pelos membros da equipe, pela instituição, pelos familiares e pela sociedade em geral, onde o trabalhador consegue entender sua importância como cidadão. Ele reconhece que, apesar da energia despendida durante sua atividade laboral, existe a recompensa, com a sua atuação em prol de um bem maior comum a todos e valorizado por terceiros. “O reconhecimento é, então, o processo de valorização do esforço e até do sofrimento investido para a realização do trabalho, quando propicia o crescimento das características próprias do indivíduo” (MENDES, 2005, p. 37).

De acordo com Dejours (2009), quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e do desejo dos sujeitos, e poderá emergir o sofrimento que pode ser compreendido como um processo dinâmico, onde os profissionais criam estratégias defensivas para se proteger, e caso tais mecanismos de defesa não sejam empregados poderá desencadear o adoecimento laboral.

Refletindo sobre os fatores geradores de sentimentos, observou-se empiricamente, neste cenário de estudo, que os conflitos psíquicos podem estar diretamente relacionados às inovações tecnológicas empregadas na hemodiálise.

Alguns autores, como Mendes e Dias (1991), ressaltam que a inserção desses aparatos no trabalho tem promovido a redução ou eliminação do desgaste ocupacional, tornando o trabalho em alguns ramos uma atividade econômica mais leve, menos perigosa, porém introduzindo “novas” cargas de trabalho, principalmente de natureza psíquica, com crescente sofrimento mental para os trabalhadores.

Mediante a hipótese supracitada, vale definir o termo “tecnologia do cuidado”, sendo que há diversas classificações, mas as que retratam concisamente o cenário desta pesquisa são as definidas por Merhy (1997), que as divide em três tipos, e, segundo o mesmo, sempre se associam no processo de trabalho, quais sejam: aquelas que estão representadas por maquinários e instrumentos de trabalho, as chamadas tecnologias duras; as que se inscrevem por saberes estruturados, as tecnologias leve-duras; e aquelas representadas pelas relações e

acolhimento, as tecnologias leves.

O setor de hemodiálise dispõe, principalmente, de tecnologias duras, em que a assistência é realizada pelo intermédio de uma máquina, mas não se limita apenas a essa tecnologia, pois a leve e a leve-dura também são empregadas pela equipe de enfermagem ao ministrar a terapia.

Faz-se necessário ter um conhecimento prévio para realizar o cuidado com o auxílio da máquina, e a aproximação com o público assistido gera as ações relacionais. Desse modo, a enfermagem encontra-se, atualmente, com apropriação das tecnologias do cuidado que podem ser cada vez mais desenvolvidas e especializadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano.

São constantes as inovações tecnológicas inseridas nas Unidades Nefrológicas, principalmente na unidade de hemodiálise e diálise peritoneal, por serem compostas, essencialmente, por tecnologia dura. A introdução de novas tecnologias impõe aos trabalhadores uma adaptação incessante que os torne aptos a manusear equipamentos sofisticados; em especial o enfermeiro, que necessita aprender as especificidades do manuseio desses equipamentos e, ainda, repassar tais conhecimentos à sua equipe.

[...] cuidar da máquina, ou assistir a máquina, não é, obrigatoriamente, uma ação mecanicista. Entretanto, cuidar de um cliente que necessita de uma máquina é uma ação humana, ainda que se tenha de pensar também nessa máquina e no sentido que ela tem para nós, sem perder de vista os clientes. (SILVA, 2006, p.15)

Diante dos fatos e observações relatadas, infere-se que o cuidado a nefropatas por si só já traz uma carga de sentimentos, o que nos permite questionar se esses sentimentos também se relacionam com o uso das tecnologias durante o gerenciamento do cuidado.

Portanto, tem-se como pressuposto que os sentimentos de prazer e sofrimento são experimentados pelos enfermeiros na assistência prestada a nefropatas, durante o tratamento hemodialítico. Percebeu-se empiricamente que há uma estreita relação entre o desenvolvimento desses sentimentos e as tecnologias disponíveis durante o cuidado.

É necessário, distinguir sentimentos de emoções. Os autores Stocker e Hegeman (2002) os diferenciam pela intensidade, exemplificando a diferença entre ira e raiva, medo e terror. Consideram que “a percepção dos sentimentos pode ser desde uma percepção atenta e total, passando por uma percepção indistinta e confusa, até chegar à não-percepção total ou quase total.” (STOCKER; HEGEMAN, 2002, pág.50)

Portanto inferimos que o prazer pode ser identificado, quando o aparato tecnológico torna-se um agente facilitador do cuidado e viabiliza um prognóstico melhor ao cliente, além

da autonomia concedido a estes profissionais que dominam tal tecnologia restrita a este setor. Já o sentimento de sofrimento se faz presente quando o enfermeiro, ao se utilizar da tecnologia dura na assistência, vivencia sensações de limitação e robotização das tarefas, distanciamento do cuidado e dependência da máquina para executar a assistência.

Adotam-se, então, como **objeto de estudo**, o prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro ao se utilizar das tecnologias inseridas no cuidado hemodialítico.

A partir dessas considerações, as **questões norteadoras** eleitas para este estudo foram:

- Como a prestação do cuidado em hemodiálise e o uso de tecnologias impactam na subjetividade do enfermeiro?
- Como o prazer e o sofrimento perpassam na sua rotina laboral?

Essas questões norteadoras, pela sua complexidade, nos fez pensar nos seguintes **objetivos** para esse estudo:

- Identificar os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados por enfermeiros que prestam cuidado ao cliente em hemodiálise;
- Discutir como os sentimentos de prazer e sofrimento implicam na prestação do cuidado do enfermeiro durante a terapia hemodialítica, ao se utilizar de tecnologias;

1.4 Justificativa do Estudo

Acredita-se que os enfermeiros nefrologistas vivenciem situações penosas, de sofrimento e perda, agravadas pelas características do processo e do ambiente de trabalho. Sentimentos de prazer também podem estar presentes nesse cenário, quando o trabalho imprime autonomia a este profissional, em que há reconhecimento e valorização ou quando o cuidado gera um prognóstico melhor para o cliente.

A assistência prestada a nefropatas requer um cuidado especializado, visto que essa população demanda cuidados de longa data, onde ocorrem várias internações, dificuldade do cliente em aceitar o diagnóstico estabelecido, presença de lesões degenerativas/crônicas, mudanças no cotidiano do cliente e dos familiares, pouca informação sobre sua patologia, e ainda requer o manuseio de tecnologias de ponta durante a assistência, as quais demandam atualizações constantes do conhecimento teórico e prático na realização do cuidado.

Nesse contexto, o enfermeiro desprende e emprega toda a sua energia e conhecimentos técnicos e científicos, podendo até mesmo se esquecer de suas próprias necessidades de saúde e lazer. Sabe-se que há uma dificuldade desses profissionais em identificar na organização e condições de trabalho agentes capazes de gerar sobrecarga psíquica, vulnerabilidade a acidentes laborais, ou, até mesmo, adoecimento.

Como dito anteriormente, as constantes inovações tecnológicas inseridas no cuidado podem ser compreendidas por alguns como agente facilitador na demanda do cuidado ou causar sofrimento ao enfermeiro, pelo distanciamento, robotização e mecanização do cuidado.

Para tanto, este estudo subsidiará reflexões sobre a inserção das tecnologias na realização do cuidado hemodialítico, refletindo diretamente na atuação do enfermeiro indo além de atividades técnico-científicas, permeando a rotina laboral desses profissionais, onde há um cenário de dor, sofrimento, esperança e cura.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para a elaboração de ações que possibilitem a resignificação do sofrimento versus as tecnologias empregadas, promovendo a saúde laboral e, deste modo, evitando o adoecimento dos trabalhadores inseridos no cuidado.

Acreditamos que, ao identificar os sentimentos gerados pelo uso de tecnologias do cuidado e sua repercussão no cuidado desse profissional, poderemos clarificar as vantagens e desvantagens desse aparato em nosso cuidado, podendo, até mesmo, desmistificar o discurso de que tais acessórios tecnológicos são geradores de um cuidado desumano e mecanizado, e identificar os reais sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao se apoiarem em tais tecnologias durante o cuidado.

Essa inserção viabiliza a discussão acerca da temática “tecnologias de cuidado”, em que se faz necessário rever e questionar a utilização do termo “tecnologia” que, na contemporaneidade, parece conduzir a reflexão para uma conotação contraditória e dicotômica, quando associado ao termo “cuidado”. Possibilitando uma ruptura do modelo biomédico padrão, que remete ao trabalho como produção, desfocando do real objetivo da tecnologia, que é suprir e clarificar os diagnósticos e tratamentos, proporcionando um prognóstico favorável e precoce à demanda da saúde.

Combinar cuidado e tecnologia em enfermagem pode desconstruir o que até o momento está instituído. Por isso, o entendimento do processo de trabalho do enfermeiro nefrologista pode elucidar tais questões nos espaços de cuidar, pois esse tipo de assistência não seria possível se a tecnologia não estivesse disponível, e as inovações mecanizadas com o intuito de prolongar a sobrevida dessa população acometida.

Não poderíamos deixar de ressaltar que o resultado desta pesquisa virá beneficiar futuras pesquisas que contemplem a mesma temática, disponibilizando dados capazes de fomentar discussões quanto à saúde do trabalhador e às implicações no cuidado a ser prestado. Principalmente no sentido de discutir que sentimentos e emoções gerados pelo processo de trabalho repercutem diretamente no cuidado, e que estratégias de defesa individuais e coletivas são cabíveis para prevenção do adoecimento desse trabalhador.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalho do enfermeiro e as tecnologias no cuidado hemodialítico

Este capítulo tem por finalidade contextualizar o cuidado de enfermagem auxiliado pelas tecnologias, ditas do cuidado.

O conceito de enfermagem, em nefrologia, geralmente representa o cuidado paliativo, mediado com tecnologias duras de última geração, e desenvolvido dentro de unidades de diálise/hemodiálise com pessoas no estágio final da insuficiência renal crônica. Para tanto, foi necessário discutir a inserção dessa nomenclatura no cenário do cuidado, visto que o aparato tecnológico é a principal ferramenta utilizada pela equipe de enfermagem para se obter resultados satisfatórios do cuidado prestado.

Vale discutir, primeiramente, a inserção do enfermeiro graduado no cenário do cuidado, já que o cuidado era realizado por caridade, exercido na maior parte por mulheres sem nível superior. Portanto, entendemos que a concepção da profissão é considerada recente, entretanto, os diversos textos que abordam a história indicam que o enfermeiro e a enfermagem existem desde o momento em que uma pessoa prestou cuidado a outra.

A enfermagem profissional no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, e também pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado. (PADILHA, MANCIA, p.723, 2005).

Nos anos de 1950, houve a aprovação de uma lei específica (Lei 2.604/55) que tratava efetivamente do exercício da Enfermagem. Define as categorias que poderiam exercer a enfermagem no país e revogou dispositivos que tratavam de categorias que seriam posteriormente extintas, mas que existiram por algum tempo como grupos residuais da enfermagem. Trata-se dos enfermeiros práticos, os práticos de enfermagem, enfermeiro militar e atendentes, entre outras inúmeras denominações.

Entretanto, só se regulamentou o exercício da enfermagem, com o Decreto 50.387/61. Nesse decreto houve uma tentativa de definição do exercício da enfermagem, porém restrito à observação e cuidado de doente, gestante e acidentado; administração de medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico; educação sanitária e aplicação de medidas de prevenção de doenças. Ele definiu, também, todas as categorias que poderiam exercer legalmente a profissão, inclusive obstetras e parteiras.

Como mencionado, foi a partir da inserção das teorias defendidas por Florence Nightingale que a enfermagem intitulou-se como uma profissão. Ela elaborou o primeiro conceito sobre a ótica da enfermagem que destaca a influência do ambiente sobre o paciente. Discorreu sobre os benefícios que a natureza pode proporcionar ao paciente, como ar e águas limpas, controle de barulhos, redes de esgoto adequadas, diminuição da sensação de frio e uma variedade de atividades.

(...) num sentido mais amplo aplicável a qualquer ato de cuidar, Figueiredo, Porto e Machado, em 1953, após cuidarem de um doente crítico por mais de 50 dias, definiram o cuidado como incondicional nas ações de Enfermagem, nas quais se encontram envolvidos os movimentos corporais, impulsos de amor e ódio, alegria e tristeza, desespero, disponibilidade, comportamentos e atitudes inerentes à condição humana. (SILVA, 2006, p.20)

Waldow e col. (1995, p. 22) afirmam que: “O cuidar/cuidado que caracteriza a Enfermagem deve ser uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa perspectiva autêntica através de uma inter-relação pessoa com pessoa”.

Direcionando a discussão do cuidado ao cenário no qual a pesquisa foi desenvolvida, ressalta-se que, na busca de conceitos mais apropriados para o cuidado hemodialítico, foi necessário compreender a relação direta com os aspectos referentes à dinâmica de um centro de hemodiálise.

O cuidado de Enfermagem e a tecnologia estão interligados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação. (Rocha PK, et al., 2008, p.114).

A inserção de máquinas no cenário do cuidado em saúde tem exigido dos profissionais a sensibilidade e destreza em gerenciar esses aparatos, os quais podem agregar melhor desempenho em sua assistência, desde que saibam gerenciar seu cuidado lançando mão de suportes tecnológicos assistenciais que se tornem agentes facilitadores do cuidado e não direcionadores do cuidado a ser prestado, quando poderiam fomentar um cuidado “desumano”, onde o profissional destina seu “olhar” ao paciente somente quando a máquina sinaliza.

Os autores Vargas e Meyer (2006, p. 05), em uma de suas pesquisas, apresentam esta relação “olhar da enfermeira/olhar da máquina”:

[...] como se o olhar da enfermeira, quando não está mediado pela máquina, fosse um olhar que antecede qualquer processo de significação; seria a ‘presença em si’ da enfermeira que asseguraria a qualidade do atendimento. Quando o olhar da enfermeira passa a ser mediado pela máquina ou quando é a própria máquina quem olha, levanta-se o pressuposto de que esse olhar pode não ser tão confiável assim. Seria um olhar não-presente, não-próprio do que é humano.

A máquina, no setor da hemodiálise, torna-se “complemento” do cliente. Com isso, o enfermeiro necessita dominar a tecnologia no intuito de aprimorar seu cuidado sendo assessorado pela equipe de enfermagem na realização de toda a programação, com base no quadro clínico e físico do cliente.

A tecnificação reforça um discurso de individualidade, ou seja, há uma responsabilização individual dos profissionais que manejam a máquina, diante algum imprevisto causado ao paciente que está conectado a ela, e relaciona-se diretamente à incapacidade ou à desumanização do humano (profissional). Tal discurso enfoca os excessos e o uso indevido da tecnologia inserida no contexto do cuidado.

Em centros de hemodiálise, o individualismo não seria diferente, já que os clientes são divididos entre a equipe de enfermagem, sendo a pessoa que os instala na máquina responsabilizada por toda a terapia. Caso haja alguma eventualidade no processo do cuidado, o responsável pelo dano será o técnico que instalou o paciente.

Perante esse fato, percebe-se uma tensão entre os profissionais, e, para não acontecerem intercorrências ao cliente, é necessário uma máquina livre de danos, uma manutenção técnica efetiva que favoreça e proporcione segurança à equipe para realizar a terapia, sem necessitar pular ou burlar etapas do processo de programação do maquinário.

A terapia hemodialítica tem como intuito suprir algumas funções renais, como: eliminar escórias metabólicas (ureia, creatinina, ácido úrico, excesso de potássio, entre outros eletrólitos); eliminar o excesso de líquido intracelular e extracelular; regular o equilíbrio ácido-base, entre outras funções. Percebe-se que o paciente renal crônico estabelece uma relação de dependência com a máquina. Sem a existência desse aparato tecnológico, a sobrevivência de um renal crônico seria quase nula, além de uma qualidade de vida instável. Mas, para que ocorra a efetividade de terapia, é necessário que o cliente compareça ao setor três vezes na semana e siga as orientações nutricionais e de autocuidado.

Porém, para isso tornar-se realidade, são primordiais a manutenção e ajustes periódicos das máquinas de hemodiálise, exigindo maior atenção e zelo por parte dos profissionais, para que possam fornecer dados fidedignos, como uma taxa de ultrafiltração (UF) adequada, ou seja, uma retirada de líquido vascular calculado com base na avaliação física, clínica e laboratorial do cliente. Um erro no cálculo da UF pode resultar em complicações, tais como a retirada excessiva de líquido ou a sobrecarga de líquido, podendo causar respectivamente choque hipovolêmico, insuficiência cardíaca ou até mesmo Edema Agudo de Pulmão determinando o óbito do mesmo.

Trata-se, portanto, de um cuidado complexo e restrito à unidade especializada, pois o

tratamento se faz através da manutenção da circulação extracorpórea, com a remoção imediata de aproximadamente 350 ml de sangue do sistema vascular por uma bomba de sangue, tornando-o suscetível a inúmeros agravos e exposições à infecção. É um cuidado gerador de tensão e aflição, porque, caso venham a ocorrer intercorrências dialíticas, se faz necessária uma abordagem imediata e eficaz, além da tomada de decisões com consequências fatais.

Neste cenário hemodialítico, o enfermeiro possui atribuições organizacionais ao prover a reposição de insumos dialíticos, ao controlar a sorologia dos clientes, ao programar a coleta de sangue para atender à rotina dos exames periódicos (RDC 154), ao gerenciar os recursos humanos e a disposição dos maquinários na assistência em outros setores.

Possui atribuições assistenciais ao instalar o cliente à máquina de hemodiálise, realizar o curativo do acesso de diálise, assim como ao avaliar a punção da fístula atriovenosa (FAV), verificar a dosagem de heparina prescrita, aperfeiçoar a assistência a clientes em quadro clínico grave, programar a ultrafiltração desejada, e os parâmetros de bomba de sangue, dialisato, sódio e temperatura, além de acompanhar os sinais vitais regularmente, e avaliar a necessidade de alterar alguns parâmetros.

Já as atribuições educativas consistem em orientar os familiares e clientes sobre a importância da adesão à terapia, esclarecer dúvidas, encaminhar ao cirurgião vascular para confecção da FAV, esclarecer outras terapias dialíticas como diálise peritoneal e transplante entre outras.

Portanto, o cuidado passa a ser dividido entre as reais necessidades do cliente e as necessidades das máquinas e, frequentemente, estas passam a ser momentaneamente a “extensão do cliente”, necessitando de um cuidado técnico e operacional especializado, com manutenção periódica, além da atualização e capacitação dos profissionais, regularmente, quanto ao manuseio das mesmas.

Nesse contexto, o aparato tecnológico pode ser pensado como um segundo cliente da enfermagem, ao necessitar de uma atenção especial para manuseá-lo, para seguir o passo a passo dos procedimentos operacionais da máquina, conhecer e reverter os alarmes do maquinário, ou, até mesmo, pela necessidade de contornar ou burlar alguns passos para a realização da terapia, mediante a defasagem da manutenção técnica, quando esta não é efetiva.

Alguns autores veem a utilização das tecnologias ditas do cuidado como um fator depreciativo, inferindo que os profissionais se prendem às máquinas, esquecendo-se da interação humana.

Como exemplo, apresentamos uma citação de Waldow (1998, p. 54) que afirma que: “[...] a idolatria pela técnica tornou a Enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer. Assim, as atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível”.

Infere-se, nesse contexto, que o cliente renal crônico, por não possuir um órgão capaz de realizar as funções fisiológicas, necessita de suporte tecnológico, e este é possível pela inserção da tecnologia no cuidado nefrológico, tornando-se extensão do cliente. Portanto, julgamos que tal idolatria pode estar presente entre os profissionais nefrologistas, pois, ao dominarem um conhecimento específico e pouco difuso, em que alguns profissionais dominam a dinâmica do serviço proporcionando sentimento de autonomia e destreza, diferenciando-os de outras unidades.

[...] ao cuidar de máquinas, os profissionais valem-se de conhecimentos técnicos e racionais que fundamentam suas ações no trato com elas, que contribui para que estas ações sejam interpretadas como práticas desumanas, principalmente quando os cuidados provocam sinais de dor, sofrimento e desconforto no corpo do cliente. (SILVA, 2006, p.15)

Verificamos empiricamente que tal idolatria à tecnologia do cuidado, além de fornecer ao enfermeiro autonomia e domínio ao realizar as atividades, implica também uma valorização maior para com esses profissionais, pois dominam uma tecnologia pouco divulgada e ausente em outros setores, como dito anteriormente, em que o operacional é elementar no processo de cuidar, e tais domínios só são desenvolvidos pelos enfermeiros que atuam em setores hemodialíticos.

Por vezes, a assistência hemodialítica pode ser realizada em unidades fechadas (UTI, CTI, UI), em que o cliente encontra-se impossibilitado em deslocar-se para o centro de diálise, sendo necessário a presença do profissional do setor responsável da diálise para exercer a assistência programada, ou seja, a terapia hemodialítica. E o sucesso da assistência prestada pelo setor de internação dependerá diretamente do sucesso da terapia renal, já que se trata de um cliente renal agudo ou crônico.

Entendemos que o modelo tecnoassistencial configura-se a partir da alta concentração de tecnologias na assistência ao corpo doente, e isso acarretou a formação de modelos hospitalocêntricos, que priorizam a utilização de equipamentos modernos para o diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde.

Não se pode esquecer que a enfermagem é um trabalho de natureza humanística, cujo objeto é o ser humano em sua realidade de vida, requerendo, portanto, uma atenção individualizada, capaz de atender às suas necessidades, quaisquer que sejam elas.

Ao relacionarmos a produção tecnológica com a enfermagem, percebemos que há o desenvolvimento de alternativas criativas de que a equipe de enfermagem lança mão para enfrentar suas dificuldades no cotidiano do cuidado, que, na maioria das vezes, relacionam-se à precariedade das condições de trabalho, ausência de estrutura física, humana e insumos.

Diante tais condições, se criam estratégias para suprir os percalços, desenvolvendo modos de fazer, construindo mediações, e saberes, estes podem ser individuais ou coletivos.

A tecnologia, portanto, permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber (e em sua própria expressão); ela se apresenta desde o momento da idéia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Ou seja, ela é ao mesmo tempo processo e produto. (ROCHA PK, et al., 2008, p.114).

Em todo processo de trabalho há o ajuste do trabalho em ato (vivo, que acontece no exato momento de sua atividade produtiva) e o consumo, pelo trabalhador, de produtos resultantes de trabalhos anteriores (que embora tenham sido vivos em outro momento, estão “mortos” na atividade atual considerada).

É importante entender que o trabalho vivo interage constantemente com o trabalho morto em processos nos quais, necessariamente, interatuam diversos tipos de tecnologias. Todo o trabalho é mediado por tecnologias, e o modo como estas são utilizadas no processo de trabalho, como são capturadas ou capturam o trabalho vivo, está profundamente relacionado à característica de maior ou menor liberdade e criatividade do trabalho.

Mediante as observações relatadas, faz-se necessário definir o termo “tecnologia”, que, segundo Rodrigues (2001), possui como definição etimológica “tecno” que vem de “techné”, que é o saber fazer, e “logia” que vem de *logos*, razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. Classifica-se de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego.

Portanto, pode ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo). Envolve diferentes dimensões, podendo se referir a um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, se aplicando igualmente a bens ou produtos simbólicos.

Desse modo, a tecnologia envolve saberes e habilidades e precisa ser distinguida de equipamento ou aparelho, o qual se configura como expressão de uma tecnologia resultante desses saberes que possibilitaram esse produto, convertido, então, em equipamento.

A seguir, discutiremos as classificações das diferentes tipologias referentes às tecnologias empregadas na saúde que Prado et al. (2009) classifica segundo o processo organizacional laboral da enfermagem.

A Tecnologia do Cuidado destina-se ao processo de planejamento e execução direta de

procedimentos e técnicas, mas sempre relacionadas ao conhecimento prévio. Já a Tecnologia de Concepções relaciona-se à determinação de atribuições, aos cuidados normatizados por instituições.

As Tecnologias Interpretativas de situações de clientes proporcionam ao enfermeiro justificar os cuidados prestados e avaliar a eficácia dos mesmos, além de favorecer a identificação dos principais pontos críticos. As Tecnologias Administrativas permeiam todas as tecnologias que indiquem um produto sistematizado e controlado do cuidado, da gerência e do ensino. Para a área do ensino há a Tecnologia de Educação, que aponta meios educativos para promover a saúde.

Ainda temos as Tecnologias de Processos de Comunicação, que concretizam a comunicação entre enfermeiro e cliente, ao focar uma escuta terapêutica. Por fim, temos as Tecnologias do Modo de Conduta, que são inscritas no comportamento guiado por protocolos, com o intuito de padronizar as tarefas diárias.

Percebe-se que há classificações em diversos cenários e processos em que o cuidado de enfermagem está inserido. Mas vale ressaltar a classificação dada por Merhy (1997), que as define em três tipos, e que sempre se associam no processo de trabalho, quais sejam: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, tecnologias que ganharam existência material, essencialmente compostas por trabalho morto, embora precisem de trabalho vivo para serem operadas, as chamadas tecnologias duras; as que se inscrevem no conhecimento técnico, representa tipos de saberes estruturados, como a epidemiologia, a administração, a clínica, a psicanálise, ditas tecnologias leve-duras; aquelas representadas pelas relações, um saber fazer não estruturado, utilizado no “manejo”, na “produção” das relações que ocorrem em ato no momento do encontro entre trabalhador e usuário e que podem produzir sensação de acolhida, vínculo entre os dois sujeitos, responsabilização de ambos pela resolução do problema, as tecnologias leves.

O autor Merhy também discute que no processo de produção do cuidado as três tecnologias se fazem presentes, mas ocorre uma hegemonia das tecnologias duras, imposta pelo modelo médico hegemônico, contra a hegemonia das tecnologias leves, sugerida por modos de produção da saúde que propõem centralidade no usuário e suas necessidades, e formas de abordagem terapêuticas mais relacionais.

O processo histórico de formação do modelo tecnoassistencial vem dar prioridade às tecnologias inscritas nas máquinas e instrumentos, como segmento fundamental da acumulação capitalista na área, isso é dado como algo inexorável, em um processo contínuo de retro-alimentação do capital no setor. (MERHY, 1997, p.04)

Optamos em utilizar a classificação apresentada por Merhy, pois atende aos objetivos traçados, e, mesmo que nosso cenário de estudo predomine a tecnologia dura, não poderíamos deixar de pontuar sobre as tecnologias leves, pois o acolhimento e o estabelecimento do vínculo entre o profissional e cliente em hemodiálise são fundamentais para o sucesso da terapia, uma vez que se trata de uma doença que leva a cronicidade.

Segundo Schneider et al. (2008, p.82), “[...] o acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde”.

O acolhimento destina-se à escuta, à valorização das queixas do paciente/família, à identificação das suas necessidades, ao respeito às diferenças, enfim, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação.

O cenário de estudo compreende um setor onde o maquinário é o principal mediador do cuidado. Local este onde o enfermeiro corporifica a tecnologia, dimensionando a assistência prestada, empregando as tecnologias como uma extensão do seu cuidado, mas sem se esquecer de que o foco do cuidado se faz na subjetividade do seu cliente e do seu ato de cuidar.

Mehry (1997) considera o fato de que, por mais que se desenvolva ou crie modelos operacionais nos serviços de saúde, o ato de cuidar só terá o verdadeiro significado quando o profissional for o protagonista da operacionalização, atuando de forma singular diante de cada sujeito, e a tecnologia passar a ser coadjuvante nesse ato. Ou seja, mesmo com a inserção crescente de tecnologias na saúde, é o profissional que irá diferenciar um cuidado humano de um cuidado técnico, e é ele quem irá definir qual tecnologia que deverá ser empregada no cuidado.

Os profissionais que lidam no seu cotidiano com processos mecanizados, mesmo quando essa tecnologia é posta a serviço da vida e da saúde de seres humanos, ficam vulneráveis à perda de limites entre o humano e o inumano. (VIEIRA et al., 2001, p. 624)

Diante tais afirmações, se faz necessário refletir sobre a autonomia que o profissional de enfermagem detém sobre a organização da produção do cuidado, bem como sobre o fato de ser portador de certa subjetividade que opera, para que assuma determinadas atitudes junto ao cliente. Essas atitudes estão sempre entre a vertente de um cuidado tecnoassistencial eficaz e com foco no aparato tecnológico, oposto a um cuidado acolhedor, onde se estabelecem vínculos e responsabilização em relação ao cliente e sua patologia.

[...] lidar com trabalho e tecnologias em saúde significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um. A micropolítica tem esse forte componente, o que significa que sem processos de subjetivação, não há proposta de mudança no modelo produtivo que seja realmente eficaz. (MERHY, 1997, p.07)

Sendo assim, para que haja o cuidado a nefropatas, é necessário lançar mão de tecnologias disponíveis, acrescidas da figura e da essência do profissional, sendo essencial à dinamicidade desse ato, ou seja, sem a presença de um agente cuidador não há qualidade na assistência prestada, pois existe a necessidade de um intercessor entre a máquina e o cliente, fomentando um cuidado humano e não um cuidado meramente técnico e operacional, em que as necessidades identificadas no cliente destinem o cuidado e não a logística do setor.

As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não podemos esquecer que é o cuidado que utiliza a tecnologia, e quando há tal compreensão apontamos em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado. (Rocha PK, et al., 2008, p. 115)

2. 2 Prazer e Sofrimento no trabalho do enfermeiro

O objeto de estudo delimitado nas considerações iniciais traz inferências hipotéticas relacionadas aos sentimentos/emoções vivenciados pelos enfermeiros ao se utilizarem de tecnologia em unidades de hemodiálise e os cuidados propostos pela Enfermagem, podendo ocasionar reflexo no ato de cuidar desses profissionais.

Dessa forma, para um melhor entendimento, é essencial falar sobre temas que se relacionam com o problema, como a definição do trabalho, assim como a psicodinâmica do mesmo e os possíveis efeitos psíquicos para esses trabalhadores.

Num sentido mais amplo, a palavra “trabalho” é derivada do latim *tripalium*, nome de um instrumento utilizado pelos agricultores formado por três estacas que serviam para imobilizar o cavalo enquanto recebia as ferraduras. Nos dicionários, o *tripalium* aparece como instrumento de tortura. Seu conteúdo é associado à dor, ao suor e ao sofrimento. (LAMAS [1999]; CODO, SAMPAIO & HITOMI, [1993])

Aranha e Martins (1997), em um resgate sobre o trabalho, identificaram que o trabalho não fazia parte da atividade humana, segundo a Bíblia; o não cumprimento dos preceitos segundo a Lei Divina resultariam em punição, e esta seria realizada através do trabalho. Como exemplo, as figuras de Adão e Eva, que foram condenados a sobreviver do suor do próprio rosto, tendo que trabalhar para sobreviver. Já, na antiguidade grega, o trabalho como atividade manual era destinado aos escravos e mulheres, por ser considerado humilhante.

[...] o trabalho passa a ser um modo de servir a Deus, uma purificação. Essa visão era compartilhada pelo catolicismo, para o qual o trabalho, atividade penosa e humilhante, era a expiação das culpas e dos pecados. (SANTORUM, 1995, p.76).

Diante tais fatos, ao longo da história o trabalho foi criado e desenvolvido como algo que causaria sofrimento aos seres humanos, somente com caráter punitivo. Fazendo um rápido avanço no tempo, focando os significados e o papel do trabalho na sociedade, percebemos mudanças essenciais no modo de executar o trabalho.

Entretanto, vale ressaltar que a Sociedade Industrial “solidificou” a separação entre dever e lazer, trabalho e prazer, pois a necessidade de produzir em escala crescente e a qualquer custo fomenta esta relação até os dias atuais. E com o advento da indústria houve separação vida familiar da vida profissional, delimitaram-se papéis relativos a gênero, determinou-se o tempo do descanso e lazer, e do esforço e cansaço. O trabalho industrial torna-se a atividade humana dominante na vida, subordinando a ele a família, estudos e lazer.

De acordo com Guareschi e Grisci (1993), como o aparecimento das indústrias há uma mudança no modo de produção; o surgimento das máquinas modifica as relações de trabalho, causando impacto também no vínculo do trabalhador com seu trabalho.

O trabalho foi transformado pelo sistema capitalista, com a expropriação do conhecimento, onde há o parcelamento das tarefas, um produto final desconhecido pelo operador, pois ocorre a perda da autonomia e do poder em relação ao produto do próprio trabalho. Esses fatores também contribuíram para que o trabalho fosse reconhecido como sinônimo de sofrimento, durante a Revolução Industrial, como citado anteriormente.

Dejours (2009), baseado nas teorias de Marx e Leontiev, concluiu que alguns trabalhos (os influenciados pelo modelo capitalista) promovem mais sofrimento do que prazer, e que esse sofrimento pode causar doenças psíquicas, caso o trabalhador não desenvolva estratégias para aliviá-lo.

Ainda segundo Dejours (2009), há dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. Este último aparece quando a organização do trabalho só oferta ao trabalhador pressões fixas, rígidas, incontornáveis, provocando a frustração, o aborrecimento, sentimento de impotência, não sendo possível transformar a situação vivenciada.

Já, no sofrimento criador ou criativo, existe a possibilidade de explorar recursos defensivos; não destruindo o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do trabalhador, ele não desenvolve a doença, mas sim estratégias defensivas, às quais ele se alia para suportar as pressões organizações exercidas pelo trabalho.

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.

Dejours, grande pesquisador do assunto prazer e sofrimento no trabalho, realizou diversas pesquisas nos anos de 1980, em que os principais sujeitos das pesquisas eram operários de construção civil e telefonistas, revelando o papel da organização do trabalho sobre o funcionamento psíquico dos trabalhadores, evidenciando a influência de suas características sobre a vivência de sofrimento do trabalho.

Pode-se verificar, segundo este teórico supracitado, sentimentos de indignidade (ter vergonha do trabalho e sentir-se apenas como apêndice da máquina), sentimento de inutilidade (desconhecimento do significado do trabalho), de desqualificação (imagem relacionada ao grau de qualidade dada ao trabalho executado) e de vivência depressiva (adormecimento intelectual e paralisia da imaginação), que podem conduzir ao sofrimento provocado pelo trabalho. E, para lidar com o sofrimento no trabalho, esses profissionais adotam a atitude de desprezo e negação das situações que provocam o sofrimento.

O dualismo prazer-sofrimento tem sido estudado pela psicodinâmica do trabalho desde os anos 80 por Dejours, como um constructo dialético. Pesquisas realizadas por Mendes (1995, 1999), Mendes e Linhares (1996) e Mendes e Abrahão (1996) indicam que o prazer é vivenciado quando o trabalho favorece a valorização e reconhecimento, especialmente, pela realização de uma tarefa significativa e importante para a organização do trabalho e a sociedade. O uso da criatividade e a possibilidade de expressar uma marca pessoal também são fontes de prazer e, ainda, o orgulho e admiração pelo que se faz, aliados ao reconhecimento da chefia e dos colegas.

Já as vivências de sofrimento aparecem associadas à divisão e à padronização de tarefas com subutilização do potencial técnico e da criatividade; rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, ingerências políticas, centralização de informações, falta de participação nas decisões e não reconhecimento; pouca perspectiva de crescimento profissional.

Ainda segundo Dejours (2009), o trabalho contém vários elementos que influenciam a formação da autoimagem do trabalhador que, por sua vez, se mostram como razão para o sofrimento. Tais pesquisas revelam que situações de medo e de tédio são responsáveis pela emergência do sofrimento, que se reflete em sintomas como a ansiedade e a insatisfação.

Apontam ainda para a relação entre esses sintomas e a incoerência entre o conteúdo da

tarefa e as aspirações dos trabalhadores; a desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas; a despersonalização com relação ao produto; frustrações e adormecimento intelectual.

O sofrimento tem origem na mecanização e robotização das tarefas, nas pressões e imposições da organização do trabalho, na adaptação à cultura ou ideologia organizacional, representada nas pressões do mercado, nas relações com os clientes e com o público. (DEJOURS, 2009)

Ainda em relação ao sofrimento, pesquisas realizadas por Morrone apud Jayet (1994) resultam em categorias de signos indicadores do sofrimento associado ao trabalho, sendo elas:

[...] medo físico relacionado à fragilidade do corpo quando exposto a determinada condição de trabalho; medo moral, que significa o medo do julgamento dos outros e de não suportar a situação de pressão e adversidade na qual realiza a tarefa; tédio por desempenhar tarefas pouco valorizadas; sobrecarga do trabalho, gerando a impressão de que não vai dar conta das responsabilidades; ininteligibilidade das decisões organizacionais, que gera falta de referência da realidade; ambivalência entre segurança, rentabilidade e qualidade; conflitos entre valores individuais e organizacionais; incertezas sobre o futuro da organização e seu próprio futuro; perda do sentido do trabalho a partir da não compreensão da lógica das decisões, levando à desprofissionalização; dúvidas sobre a utilidade social e profissional do seu trabalho; sentimento de injustiça, reflexo da ingratidão da empresa e das recompensas sem considerar as competências; falta de reconhecimento retratado na ausência de retribuição financeira ou moral e do não reconhecimento do mérito pessoal; dificuldade de poder dar sua contribuição à sociedade, gerando um sentimento de inatividade, de inutilidade e de depreciação da sua identidade profissional; falta de confiança, que produz a negação dos problemas, manifestada em um sentimento de desordem, de culpabilidade, de vergonha e de fatalidade para lidar com as situações de trabalho. (MORRONE, 2001, p. 27)

Portanto a vivência de prazer e sofrimento na fala dos sujeitos pesquisados por Dejours (2009, p.53):

[...] confirma os pressupostos teóricos que preconizam o estudo do sofrimento como articulado ao prazer, bem como a idéia de que o sofrimento não permanece, não é constante, sendo evitado ou transformado por meio da mobilização subjetiva, resultando numa dinâmica que pressupõe o trabalho como tendo um papel fundamental para a estruturação psíquica do indivíduo.

No estudo realizado por Mendes (1999), o prazer é definido a partir de dois fatores: valorização e reconhecimento no trabalho. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento é definido a partir do fator desgaste, que é a

sensação de cansaço, desânimo e descontentamento em relação ao trabalho.

Por essa razão, infere-se que há influência do cenário do estudo no desenvolvimento de sentimentos, ora positivos ora negativos, dependendo do confronto entre o sujeito e a atividade exercida, relação esta definidora da qualidade do bem-estar psíquica do trabalhador. Vale ressaltar também que as tecnologias empregadas no setor da hemodiálise implicam diretamente na dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem, podendo intensificar esta relação prazer-sofrimento.

Mediante o que foi discutido, verificamos a importância de registrar que, ao se estudar os valores psíquicos, lidamos também com a subjetividade de cada depoente. Alguns irão relatar emoções, sensações, sentimentos, humores. Há de se considerar que os relatos serão agrupados de acordo com o sentido que trazem consigo e os efeitos para o sujeito.

[...] as emoções são interpessoal e socialmente complexas. Por exemplo, para compreendê-las é preciso entender também as relações sociológicas e interpessoais dos indivíduos com elas, e o modo como a compreensão dessas relações requer entender as emoções em si mesmas. (HEGEMAN; STOCKER, 2002, p.34)

Para compreender melhor a relação entre emoção e os demais processos psíquicos (pensamento, vontade, comportamento), o autor Vigotski (1998) diferencia emoções de sentimentos. Em que as emoções têm origem biológica e voltam-se para a manutenção e perpetuação da vida. Já os sentimentos imprimem-se pela origem psicológica, ao explicar as diferenças de pensamento e comportamento entre as pessoas diante do mesmo estímulo. São processos que desempenham papéis completamente distintos, embora externamente pareçam semelhantes.

Diante disso, entende-se que tanto as emoções quanto os sentimentos estão vinculados ao pensamento, ao comportamento, e à vontade. Pois o ser humano, ao apresentar suas emoções a outrem, é avaliado e moldado pela cultura que o rodeia, e tais avaliações estão sujeitas a estereótipos vinculados ao gênero, ao social, ao econômico, entre outros, suprimindo a real emoção ou sentimento eminente.

“As emoções não são um estado dentro de outro e só podem ser compreendidas no contexto de toda a dinâmica da vida humana. Compreendendo o contexto da vida: compreende-se o sentido e o significado.” (MENDES, 2005, p.36)

Apesar de se tratar de um construto dialético relativo aos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias de defesa são desenvolvidas com o intuito de propiciar equilíbrio psíquico, ao possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do

sofrimento.

Pesquisa realizada por Mendes (1994), com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações, aponta três estratégias utilizadas pelos sujeitos para responder ao sofrimento decorrente do contexto organizacional, sendo elas: 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.

Portanto, as estratégias de defesa frente aos sentimentos ou emoções relacionados ao sofrimento são desenvolvidas com o intuito de evitar o adoecimento laboral, podendo estas ser individuais ou coletivas. Sendo a organização e psicodinâmica do trabalho o que irá determinar a intensidade e os grupos suscetíveis ao desencadeamento dessas ações.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 Características do estudo

Optamos por realizar um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, visando compreender as questões da subjetividade observadas na fala dos indivíduos.

A pesquisa qualitativa se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizado à operacionalização das variáveis. (MINAYO et al.,1995, p.21)

Já estudos descritivos têm como foco principal descrever as características de determinada população, através das suas opiniões, atitudes e crenças, além da identificação de relações entre variáveis, com possibilidade de determinar a natureza dessas relações. (GIL, 2002)

Este estudo se propôs a identificar e discutir os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados por enfermeiros ao utilizarem-se de tecnologias inseridas no cenário do cuidado. Para tanto, a natureza do estudo e a abordagem escolhida foram as mais adequadas, já que conseguimos extrair dos protagonistas dados satisfatórios que subsidiaram, com clareza, a identificação, caracterização e discussão do problema apresentado.

Para análise dos resultados obtidos utilizamos as premissas da análise temática, que, segundo Bardin (2009, p.131), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

A análise dos dados foi enriquecida por alguns dados quantitativos desenvolvidos após a caracterização da população do estudo, permitindo uma visão mais ampla do objeto estudado, além de facilitar a maneira com que os dados foram interpretados e analisados, à luz do referencial teórico proposto, para discutir o que pensam os enfermeiros acerca dos sentimentos desencadeados pela utilização de tecnologia no cuidado de enfermagem em hemodiálise.

Polit e Hungler (1995, p.277) salientam que a opção pelo método qualitativo com complementação de dados quantitativos “deve-se à busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana”. Sendo que a apresentação de dados quantitativos refere-se somente aos dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa, não implicando na abordagem qualitativa.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário de grande porte localizado na zona norte, na cidade Rio de Janeiro, com área física de 44 mil m², onde funcionam 525 leitos e mais de 60 especialidades e subespecialidades. Possui disponibilidade de tecnologia sofisticada, atendendo especialidades como: Cirurgia Cardíaca, Transplante Renal, Terapia Renal Substitutiva e Transplante de Coração, além dos atendimentos ambulatoriais de referência em diversas áreas da saúde. Esse hospital é classificado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como um hospital de nível terciário e quaternário.

A unidade nefrológica dessa instituição é referência para a realização de transplante renal. E tem como objetivo a prestação de assistência integral e sistematizada aos pacientes portadores de Doença Renal Aguda ou Crônica, às vezes sendo necessária a submissão de alguns pacientes à Terapia Renal Substitutiva (TRS). Tal setor possui três terapias distintas, sendo elas: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Optamos focar o estudo apenas na unidade que presta assistência hemodialítica, pois possui um maior aporte de tecnologia dura, e tal escolha foi pautada visando atender os objetivos propostos pela pesquisa.

A assistência em hemodiálise é dividida por turnos; durante as 24 horas ocorrem cerca de quatro a cinco turnos. Cada turno tem duração aproximadamente de 5 horas, sendo 4 horas de terapia efetiva e o restante para organização e desinfecção das máquinas, para assistir aos clientes do próximo turno. Durante um plantão de 12 horas, é realizada a assistência a dois turnos e provimento do próximo turno noturno.

O setor é dividido em sala amarela e sala branca. A sala branca presta assistência a nefropatas com sorologia negativa para hepatite B, podendo, também, ser dialisados portadores de hepatite C, Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), entre outras sorologias. Já a sala amarela corresponde a pacientes portadores de hepatite B; estes devem ser dialisados separadamente, com o intuito de evitar possível contaminação.

Durante a coleta de dados não havia assistência na sala amarela, por não possuir nenhum cliente, internado ou inscrito no programa, portador de sorologia positiva para hepatite B.

É importante pontuar que, quando há atendimento na sala amarela, um profissional é deslocado da equipe da sala branca para gerenciar a terapia dialítica na sala amarela, não sendo substituído por outro profissional para desempenhar suas funções, ou seja, há um desfalque na equipe de enfermagem da sala branca.

Essa unidade é composta principalmente pela sala branca, que comporta oito máquinas de diálise, e ao longo de 24 horas realiza quatro turnos de diálise, sendo os três primeiros turnos com oito pacientes por turno. O quarto turno atende em média seis pacientes e, ao final das 24 horas, contabiliza-se um total de 30 diálises ao dia. O serviço ocorre de segunda a sábado, aos domingos a assistência só é conferida nos casos de urgência dialítica. Portanto, ao final do mês, são realizados em média 720 procedimentos hemodialíticos. Ressalta-se que os procedimentos “externos” (realizados em outros setores) não fazem parte desse somatório, pois os dados dessa parcela possuem oscilações consideráveis.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº. 154 estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Segundo essa RDC, o programa de hemodiálise deve integrar no mínimo, em cada turno, os seguintes profissionais: um médico nefrologista para cada 35 pacientes; um enfermeiro para cada 35 pacientes; um técnico de enfermagem para cada quatro pacientes por turno de hemodiálise; e um técnico de enfermagem exclusivo para o reuso. Portanto, quando ocorre o deslocamento de um técnico para gerenciar a terapia em outro setor ou sala, a unidade estudada desobedece a RDC, emitida pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além de prejudicar a qualidade da assistência e sobrecarregar os outros profissionais.

Vale ressaltar que há também o atendimento de pacientes que se encontram internados em outros setores, um contingente formado principalmente por pacientes críticos, internados em terapia intensiva, unidade coronária e unidade intermediária. Não sendo viável o deslocamento dos mesmos para a sala de hemodiálise, é necessário deslocar um funcionário da hemodiálise para o local de internação do cliente para a realização da terapia dialítica, e tal procedimento é chamado de “externa”.

A sala branca dessa instituição é composta por oito máquinas dialíticas de diferentes fabricantes, sendo elas: Baxter Tina, JMS e Prismaflex. Tais modelos têm modos de programação e manuseio distintos, necessitando de treinamento do profissional para operacionalizá-las.

Vale ressaltar, também, que há um outro maquinário utilizado na realização da terapia, a Osmose Reversa, que realiza a purificação da água a ser usada na sessão de hemodiálise, sendo esta utilizada apenas nos procedimentos externos.

3.3 Sujeitos do estudo

Na hemodiálise, a prestação de cuidados é realizada por intermédio de uma equipe multiprofissional, da qual participam o enfermeiro plantonista, enfermeiro diarista, médicos nefrologistas, residentes de enfermagem e medicina, nutricionistas, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. O trabalho desses profissionais é subsidiado por uma infraestrutura específica, caracterizada pelos recursos tecnológicos e materiais, entretanto a unidade convive com dificuldades inerentes ao setor público de saúde, tal como déficit de recurso material, déficit da manutenção dos aparatos e renovação dos mesmos e uma infraestrutura defasada.

O setor conta com seis equipes de enfermagem, sendo três diurnas e três noturnas, ou seja, possuem uma escala de 12h X 60h. Cada equipe é composta por um(a) enfermeiro(a), três técnicos(as) de enfermagem, e estes se dividem entre a assistência direta e a realização do reuso do sistema de diálise (linha arterial, linha venosa e capilar). Já o(a) enfermeiro(a) é responsável por supervisionar e coordenar toda a organização da unidade, atua também diretamente na assistência e na viabilização dos quesitos burocráticos e materiais. Há também um enfermeiro diarista, que atua principalmente na manutenção e coordenação do setor dialítico, através da atualização das rotinas e normas do serviço.

Além desses profissionais, há o residente de enfermagem, por se tratar de uma instituição universitária que recebe anualmente cinco residentes de enfermagem para o programa de nefrologia. A residência tem duração de 2 anos, totalizando, portanto, 10 residentes na unidade nefrológica. É importante ressaltar que os enfermeiros residentes são alocados nos três setores distintos, em tempo variável. Estes participam ativamente na execução de todas as atribuições referentes ao do enfermeiro.

Demarcamos como sujeitos do estudo enfermeiros dos turnos matutino, vespertino e noturno que trabalham na Unidade de Hemodiálise do hospital supracitado. Para inclusão dos sujeitos neste estudo, os critérios estabelecidos foram: enfermeiros atuantes na unidade há pelo menos um ano, que estivessem trabalhando no período da coleta de dados, e consentissem em participar da pesquisa após assinarem o termo de consentimento. Foram excluídos os que se encontravam no período de férias ou licença.

É viável ressaltar que existem três tipos de vínculo empregatício, podendo ser: estatutário, com carga horária de 30h semanais e escala de trabalho de 12h X 60h; contrato temporário, com a mesma carga horária semanal e escala do estatutário; e os de vínculo bolsa, que seriam os residentes, com carga horária de 60h semanais.

Mediante a escala de plantão das equipes de enfermagem, verificamos a possibilidade de entrevistar seis enfermeiros plantonistas, um enfermeiro diarista e 10 residentes enfermeiros.

Entretanto foram entrevistados apenas 10 sujeitos, pois um enfermeiro plantonista, durante o período da realização das entrevistas, encontrava-se de férias. Além de três residentes de enfermagem, que também se encontravam no período de férias, e outros três residentes que se desvincularam da residência por motivos pessoais, durante o período da coleta dos dados. Mesmo com 10 depoentes, ocorreram convergências suficientes para configurar o objeto investigado, portanto não foi necessária a extensão do período de coleta de dados.

Segundo Minayo (1995, p. 63), “a saturação dos conteúdos emergentes nos discursos permite a garantia de que as informações contêm grande diversificação e abrangência em relação à reconstituição do objeto no material de estudo”.

3.4 Coleta e análise dos dados

Para coleta dos dados foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada e individual, o qual possui um cabeçalho para caracterização dos sujeitos e da entrevista (Apêndice A).

A entrevista é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido de que se trata de um discurso dinâmico em que a espontaneidade e o constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo emergência do inconsciente e construção do discurso. (MINAYO, 1995, p.207)

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, com o objetivo de apreender o discurso dos sujeitos na íntegra. A gravação foi transferida para o computador por cabo USB e o conteúdo dos depoimentos foi transcrito para o programa Word e salvo na extensão “doc”. A realização das entrevistas ocorreu de acordo com a disponibilidade de cada sujeito do estudo, em data, local e hora pré-estabelecidos, nos meses de abril a maio do ano de 2010. Ao término da coleta de dados, as entrevistas foram arquivadas pelo pesquisador com anuência dos sujeitos entrevistados.

É importante ressaltar que todos os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente observados pela pesquisadora, ou seja, o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital universitário de grande porte, como citado anteriormente, localizado no Município do Rio de Janeiro, onde a unidade se insere, sendo aprovado em 10 de março de 2010, cadastrado sob o

número CAAE 0023.0.228.000.10 (Anexo A). Registro aqui que todos os imperativos ético-legais para o desenvolvimento de pesquisas em seres humanos presentes na Resolução 196/1996 do CNS foram adotados.

Aos sujeitos do estudo foi solicitada por escrito a sua concordância em participar da pesquisa, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), e lhes foi facultada a possibilidade de desistirem a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes, eles foram identificados por “Enf” e o respectivo número de ordem de sua entrevista.

Quanto à análise dos dados, as observações e as entrevistas foram descritas qualitativamente com base na análise de conteúdo categorial (Bardin, 2009), referentes aos sentimentos despertados ao se utilizar de tecnologias do cuidado com nefropatas.

A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógico. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples. (BARDIN, 2009, p.199)

Ainda segundo Bardin, a análise do conteúdo:

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

Para tanto, fizemos uso dos seguintes procedimentos:

- Pré-análise: leitura e releitura das entrevistas;
- Mapeamento dos discursos individuais com base nos objetivos da pesquisa;
- Análise dos discursos (baseada no destaque das palavras e/ou frases significativas interpretadas pelo pesquisador).

Na fase da pré-análise foi realizada a “leitura flutuante” (BARDIN, 2009) dos conteúdos das entrevistas realizadas nos meses de abril e maio de 2010. No decorrer das diversas leituras, organizaram-se os conteúdos através da marcação de trechos, para estabelecer um contato com os depoimentos e conhecer o texto “deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 1977, p. 96).

Os processos de marcação, juntamente com as outras leituras do conteúdo, nos permitiram alcançar o nível de “exaustividade” e, portanto, a identificação de unidades de

significação, indicadores da relação de sentimentos de prazer e sofrimento estabelecidos a partir das tecnologias empregadas no cuidado hemodialítico.

Houve nova leitura dos conteúdos marcados para a construção de diagramas que identificassem a sequência do processo psicodinâmico do enfermeiro frente às tecnologias empregadas. Constituiu-se o esqueleto de cada entrevista, para apreensão dos conteúdos marcados.

Iniciou-se a análise dos dados com extração das unidades de registro, definidas por Bardin (2009, p. 130) como “unidade de significação a codificar”. Essa unidade se refere ao segmento de conteúdo que será considerado como unidades de base para a categorização. Os dados brutos foram transformados e codificados no texto para atingir a representação do conteúdo, agregados em unidades que permitissem a descrição das características dos conteúdos. (BARDIN, 2009).

Assim, iniciou-se a preparação do material com a elaboração de quadros mapeadores, com o intuito de caracterizar os sentimentos vivenciados por enfermeiros, ao se utilizarem de uma máquina durante o cuidado hemodialítico. Nessa fase, houve a escolha das unidades (o recorte referente ao conteúdo marcado) e a contagem (a enumeração) para posterior classificação e agregação objetivando a escolha das categorias (op. cit. p. 129).

Nesta construção de quadros “mapeadores” foram destacados os temas mais evocados. O tema como unidade de registro corresponde a uma regra de recorte, e é utilizado “para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (BARDIN, 2009, p. 131).

Os resultados oriundos da análise serão tratados no capítulo a seguir, denominado de Resultados e Discussões das Categorias.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar, analisar e discutir os dados obtidos através das entrevistas realizadas com os enfermeiros estudados, mediante criteriosa leitura e análise do material transcrito. Discutindo-os a partir dos resultados obtidos à luz dos referenciais teóricos e metodológicos, pretende-se desenvolver uma reflexão crítica que busque relatar os fenômenos encontrados.

Desse modo, a análise de conteúdo aplicou-se a modalidade temática aos dados qualitativos, e a frequencial percentual simples aos dados quantitativos, possibilitando melhor compreensão, direcionamento e apropriação de alguns dados que contemplem o conteúdo numérico, no intuito de expor a realidade investigada com maior clareza e profundidade.

Iniciaremos a apresentação e discussão dos resultados a partir da caracterização dos sujeitos que compuseram a amostra do estudo.

4.1 Caracterização dos sujeitos

A escolha de apresentar a caracterização dos sujeitos entrevistados neste capítulo foi feita na tentativa de oferecer ao leitor uma leitura detalhada desde a organização da análise até a categorização. Os dados foram organizados e apresentados por meio de gráficos, quadros e figuras. Também utilizamos cores para facilitar a visualização e identificação da ambiguidade dos sentimentos vivenciados pelos sujeitos da pesquisa.

Para tal, os itens da caracterização analisados foram concentrados no cabeçalho do roteiro de entrevistas (Apêndice A), possibilitando que todos os sujeitos fossem questionados igualmente, e nenhum item fosse esquecido.

O estudo foi constituído por 10 enfermeiros, sendo quatro (40%) do sexo feminino, ao passo que seis (60%) foram do sexo masculino. Já, relacionado ao vínculo com a instituição, verificou-se que, entre os 10 enfermeiros depoentes, 30% possuíam contrato temporário (CLT), 30% eram estatutários e 40% residentes. Como demonstra o gráfico a seguir:

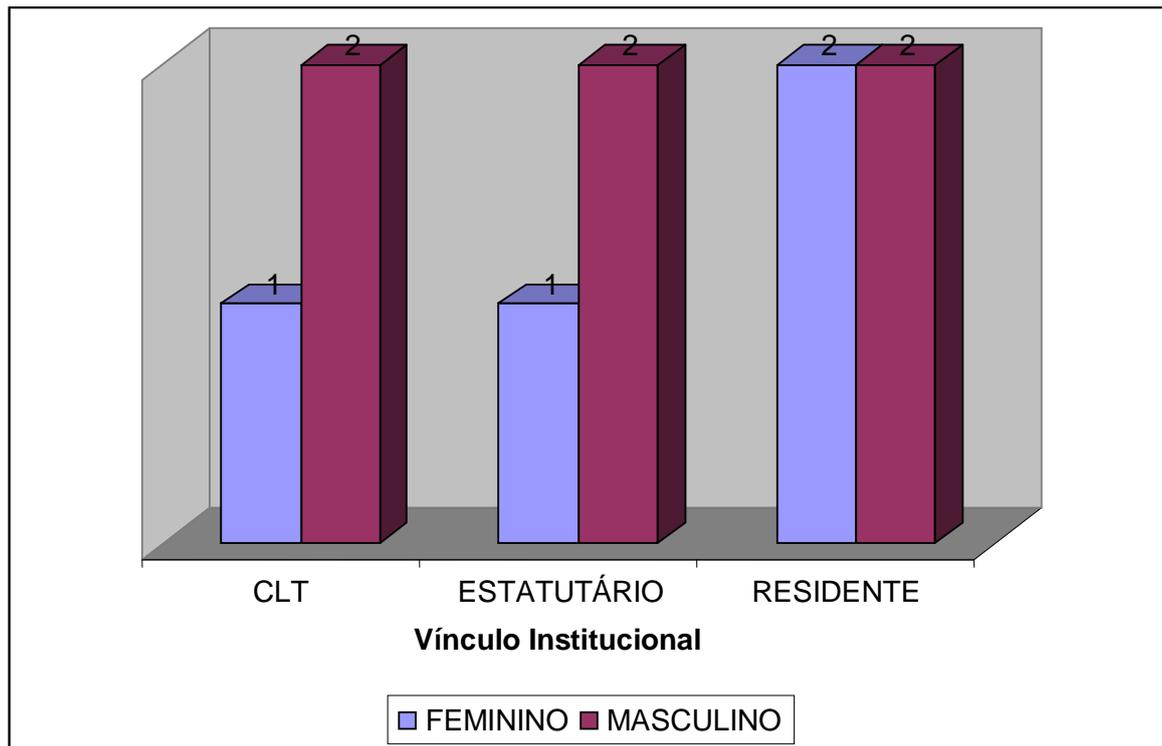


Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados por sexo e vínculo institucional

Sabe-se que há o predomínio de mulheres no campo da enfermagem, entretanto, este estudo apresenta-se numa proporção inversa, de seis homens para quatro mulheres; Um estudo realizado por Vieira (1992) refere que, nos últimos anos, alguns postos de trabalho de enfermagem passaram a ser ocupados pelo sexo masculino, sendo que, no Estado do Rio de Janeiro, o maior percentual de participação masculina em 1983 era entre os técnicos de enfermagem, 15,1%.

Acreditamos que na hemodiálise há uma sobrecarga física, pois os clientes, durante o procedimento dialítico, são alocados em poltronas baixas, necessitando que o profissional encurve-se para realizar o cuidado, ou até mesmo para removê-los da cadeira de rodas e condicioná-los na poltrona.

Mesmo assim, com a probabilidade de danos à região lombar oriundos da mecânica postural, o discurso dos depoentes, em nenhum momento, se refere a essa sobrecarga física. Inferimos que a ausência de queixas justifica-se pelo maior número de enfermeiros ser do sexo masculino, e estes possuem força e massa muscular diferentes do sexo feminino.

Verifica-se também que há três tipos de vínculo empregatício nessa unidade, como apresentado anteriormente, sendo eles: estatutário, que após seleção pública é alocado nas unidades de acordo com a necessidade do serviço na época da convocação; contrato

temporário (CLT), sob os moldes da Lei nº. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, com carga horária de 40 horas semanais, e com duração de um ano; e a residência, através de seleção pública com duração de dois anos, e onde se define a unidade de atuação no ato da inscrição.

Identificamos que havia um maior percentual de residentes de enfermagem no serviço, cujo processo seletivo se faz anualmente com o preenchimento de cinco vagas; o estatutário depende do Estado do Rio de Janeiro apresentar edital para o processo seletivo, fato que não ocorre com frequência. Já o celetista é recrutado quando se faz necessário repor o quadro de funcionários.

Refletindo sobre esses resultados, entende-se que há uma movimentação dos enfermeiros no mercado de trabalho, segundo entradas, saídas e tempo de permanência no emprego, e constitui-se elemento relevante no processo gerencial dos serviços. Uma força de trabalho estável e qualificada sustenta o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados (ANSELMÍ; DUARTE; ANGERAMI; 2001).

Outra ressalva: por ser uma unidade especializada que demanda capacitação dos funcionários e destreza para manuseio de tecnologias disponíveis para a assistência, emerge a hipótese de que a chefia do serviço de diálise estudado se utilize dos residentes para suprir o dimensionamento dos funcionários, ou, até mesmo, uma vez que se trata de uma unidade que realiza a capacitação dos profissionais, no caso os residentes, limite-se a conferir a estes, já pré-selecionados, o aperfeiçoamento na área hemodialítica. Ou, até mesmo, após o término da residência passe a recrutá-los para o quadro de funcionários, com vínculo celetista.

Quanto à faixa etária, constatamos que seis enfermeiros (60%) apresentavam idades entre 20 e 30 anos, e havia quatro enfermeiros (40%) com idades entre 31 e 41 anos. Ao verificar a titulação de especialista, obteve-se 40% de Enfermeiros Nefrologistas, 10% de Enfermeiros Intensivistas, 10% sem titulação e 40% com especialização em Nefrologia em curso. Conforme o gráfico a seguir:

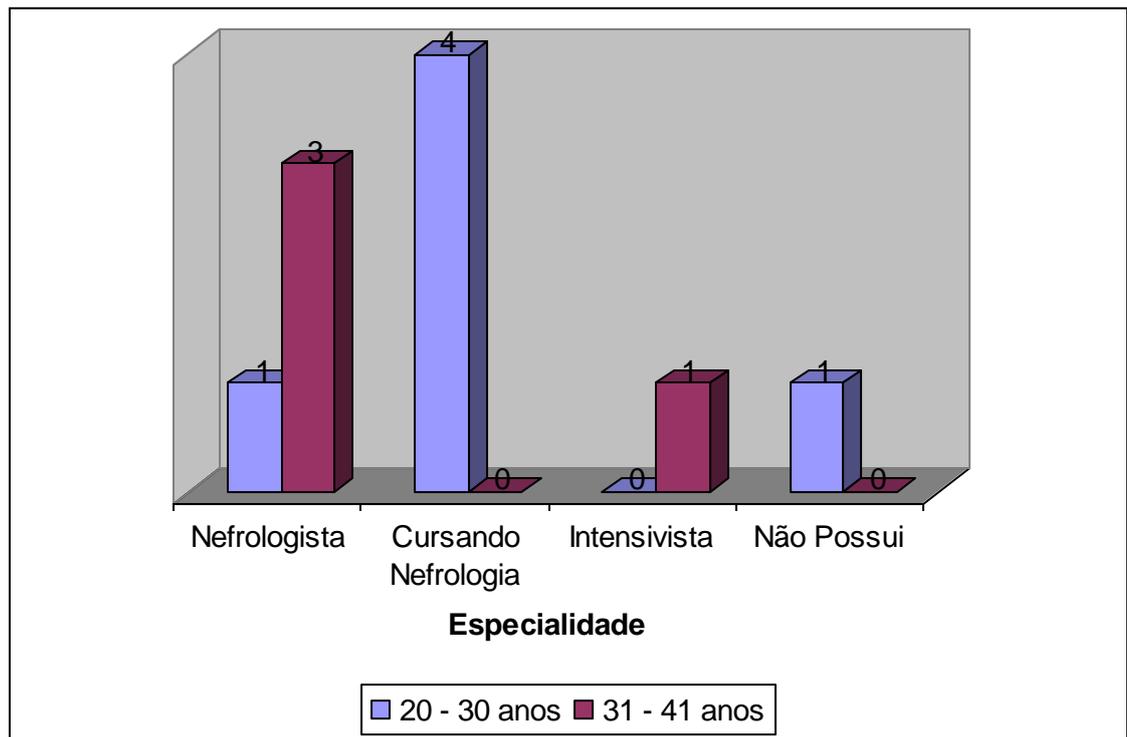


Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por idade e especialização

Situação esta que parece ser de ocorrência comum em instituições de cunho universitário, onde há um grande fluxo de profissionais que, após serem capacitados, ingressam em outras instituições ou são contratados pelos setores formadores.

O setor contempla conhecimentos, habilidades e atitudes com domínio de funções bem definidas no seu perfil técnico-científico. Assim, a especialização neste cenário nefrológico se impõe, sobretudo pelo avanço progressivo e rápido dos novos conhecimentos na área, bem como pelo aparato tecnológico presente em unidades hemodialíticas.

Lino e Calil (2008, p.779) reconhecem que há uma sobrecarga cognitiva desses profissionais, pois:

[...] o déficit ou falta de qualificação profissional para o atendimento a essa população de pacientes representa uma ruptura na qualidade do padrão assistencial, fragilizando a segurança no desempenho profissional, sendo potencialmente geradora de riscos à vida de quem é assistido e sujeitando o profissional a riscos morais, éticos e legais.

Entretanto, é oportuno inferir que, mesmo que haja especialização em área distinta, julga-se que todas contribuem, direta ou indiretamente, para aumentar a qualidade da assistência, pois quando trabalhamos com saberes diferentes há uma troca de experiências ímpar entre os profissionais. É possível transitar pela multiplicidade das áreas de

conhecimento, estabelecendo inúmeras trocas de conhecimento, ou seja, existe a possibilidade de transversalidade do conhecimento (BARBOSA et al.,2003).

Ao analisar o tempo transcorrido desde a graduação, encontramos seis enfermeiros (60%) entre 1 e 5 anos; um enfermeiro (10%) entre 6 e 10 anos; e três enfermeiros (30%) entre 11 e 20 anos de formação. Com relação ao tempo de trabalho em hemodiálise, quatro enfermeiros (40%) apresentavam entre 1 e 4 anos de atuação; quatro enfermeiros (40%) entre 4 e 10 anos; e dois enfermeiros (20%) entre 11 e 20 anos de atuação em hemodiálise.

Esses resultados estão vinculados com as políticas das instituições de saúde, que entendem ser complexo o trabalho em setores especializados que possuem tecnologia de ponta. Assim, procuram manter os enfermeiros lotados nessas unidades, por compreender que colaboram para a melhor qualidade da assistência ao paciente. Entretanto, percebe-se que os residentes representam o contingente referente aos dois anos de atuação, e, após o término da experiência laboral de 2 anos, na maioria das vezes, são absorvidos pela unidade.

Esses dados demográficos (tempo de formação e tempo de atuação em hemodiálise) podem configurar dificuldades ou vantagens no processo psicodinâmico do trabalho, apontado duas vertentes, sendo elas: profissionais recém-formados e inseridos no quadro podem apresentar insegurança para tomada de decisão, com liderança e experiência insuficientes para detecção e resolução de problemas, ou podem ser moldados e capacitados de acordo com a realidade do serviço.

A outra vertente compreende alguns depoentes que já trabalharam como técnicos de enfermagem neste cenário hemodialítico, e após graduados permanecem nesse serviço, enriquecendo o cuidado sob uma ótica diferenciada dos iniciantes, apesar de possuírem ‘manias viciosas’ ao executar o procedimento.

“Por ter pouco tempo de formada, quando entro na sala branca fico muito tensa, aflita, perdida, sempre angustiada esperando acontecer alguma coisa.” (Enf 08)

“Trabalhei um tempo como técnico de enfermagem em diálise, foi quando lidei mais diretamente como o paciente, onde aprendi a realizar a terapia.” (Enf 07)

Mediante o depoente Enf 08, entendemos que, por se tratar de um serviço receptor de recém-formados ainda em aperfeiçoamento e especialização, há um número considerável de enfermeiros que têm o primeiro contato com a assistência direta ou a vivência em hemodiálise, durante a residência, e acaba sendo o primeiro vínculo empregatício deles, pois a

carga horária de 60 horas semanais o restringe de vivenciar outras realidades da assistência em hemodiálise.

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

O diferencial do enfermeiro é a relação saber-fazer, pois “a relação entre a teoria e a prática emerge a partir do amadurecimento do profissional e da necessidade colocada pela prática.” (GOMES; OLIVEIRA, 2004, p. 269). A prática do cuidado requer um conhecimento teórico associado à prática, à interação entre cliente e enfermeiro, ao emocional, ao inesperado, aprofundando e reformulando as práticas de cuidar diante dos distintos clientes assistidos. Apesar disso, as pressões exercidas pela busca de sanar todas as eventualidades apresentadas podem direcionar a uma carga psíquica e cognitiva que venham a se refletir no ato de cuidar.

De certo modo, a caracterização dos sujeitos apresentados sob a avaliação por meio de critérios quantitativos não pode ser considerada como realidade na Enfermagem, pois há uma precariedade quantitativa, por ser composta de 10 sujeitos. Entretanto, possui particularidades e subjetividades, justificando o motivo da investigação nesse cenário.

4.2 Discussão dos resultados advindos dos depoimentos

Este subcapítulo visa apresentar e discutir os resultados obtidos. A partir das evocações suscitadas pelos sujeitos da pesquisa, realizou-se a codificação, que, segundo Bardin (2009, p.129), “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, o que permitirá a descrição das características pertinentes ao conteúdo”, e que compreende três escolhas, como:

1. Recorte: escolha das unidades presentes nos quadros;
2. Enumeração: escolhemos regra de contagem;
3. Classificação e agregação: escolha das categorias.

Na codificação dos temas produzidos das evocações dos enfermeiros, houve a síntese dos temas mais evocados pelos sujeitos da pesquisa (Quadro 1), ao serem questionados dos sentimentos/emoções que vivenciavam durante a realização da assistência em hemodiálise.

Utilizaram-se cores: a cor azul destina-se a representar os itens julgados positivos, e a cor vermelha refere-se aos itens negativos, possibilitando melhor visualização deste dualismo sentimental e operacional.

Temas Evocados	Número de evocações
Incômodo pela dependência à máquina	23
Tensão	21
Aflição	16
Estresse	15
Tristeza	13
Sobrecarga emocional	12
Desgaste profissional	11
Angústia	10
Frustração	08
Felicidade/Alegria	08
Desconforto	07
Vulnerabilidade	06
Satisfação	06
Esgotamento psíquico	06
Reconhecimento	05
Insegurança	05
Tranquilidade	04
Respeito	04
Infeliz	02

Quadro 1 – Síntese dos temas mais evocados nas 10 entrevistas quanto aos sentimentos e emoções experimentados durante a realização da terapia

A seguir, no Quadro 2, as principais evocações dos enfermeiros ao relacionarem o uso da máquina de diálise e os efeitos em seu cuidado.

Temas evocados	Número de evocações
Prolongamento/Extensão do paciente	21
Dependência do cliente é deprimente	19
Dependência da qualidade do maquinário	17
Cuidado aperfeiçoado	16
Essencial / Vital	16
Satisfação em manusear a tecnologia	14
Relação estressante	13
Agente facilitador	12
Mecanização do cuidado	12
Distanciamento do cuidado	11
Transtorno técnico	10
Tensão em função das intercorrências tecnológicas	09

Ruído Sonoro	07
Confiabilidade	06
Ferramenta de trabalho	06
Desgaste pelo “passo a passo” da máquina	05
Tranqüilidade	03
Segurança técnica	02

Quadro 2 – Síntese dos temas mais evocados nas 10 entrevistas ao relacionar máquina e cuidado

Na codificação dos temas produzidos a partir das evocações dos enfermeiros, identificou-se que alguns desenvolveram estratégias de defesa contra o sofrimento laboral, de acordo com o Quadro 3.

Temas evocados	Número de evocações
Descontrair o ambiente (música, TV, piadas)	03
Distanciamento do cuidado	03
Não desenvolveu	02
Aliviar o estresse (viajar, desligar-se dos problemas fora do ambiente de trabalho)	02
Preferência por faixa etária de clientes	01
Restrinjo-me à máquina	02
Focar na qualidade da assistência e no cliente	02
Priorizar ações apenas educativas	01
Desenvolveu, mas não sabe dizer	01
Esperança na melhoria do processo de trabalho	01
Equilíbrio da satisfação e tristeza	01

Quadro 3 – Síntese das estratégias de defesa contra o sofrimento laboral

Houve nova leitura dos conteúdos marcados para a construção dos diagramas e esqueleto da entrevista, para conferir os principais sentimentos vivenciados por enfermeiros ao se utilizarem das tecnologias na prestação do cuidado hemodialítico, além de direcionar a identificação dos conflitos gerados por essa associação.

O “esqueleto da entrevista” é uma estratégia concebida por Bardin (2009, p. 102), usada para definir o estrutural e o semântico no conteúdo dos depoentes. Sua finalidade é delinear o “miolo substancial da entrevista tanto da organização cognitiva como no da temática profunda”. Como exemplos, apresentam-se os esqueletos das entrevistas Enf. 02, Enf. 03, Enf. 05, Enf. 08 e Enf.10, Figuras 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente.

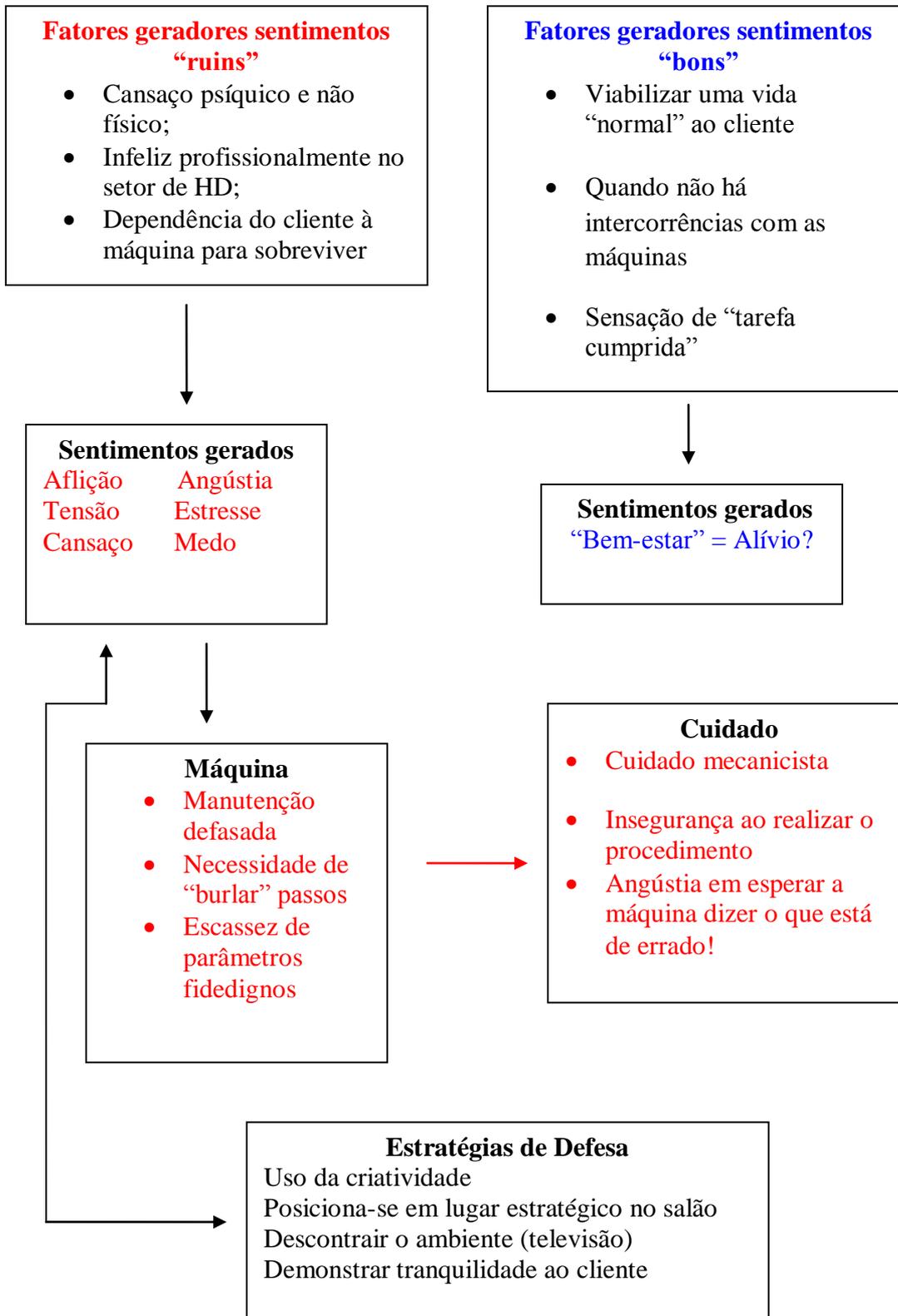


Figura 1 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 02

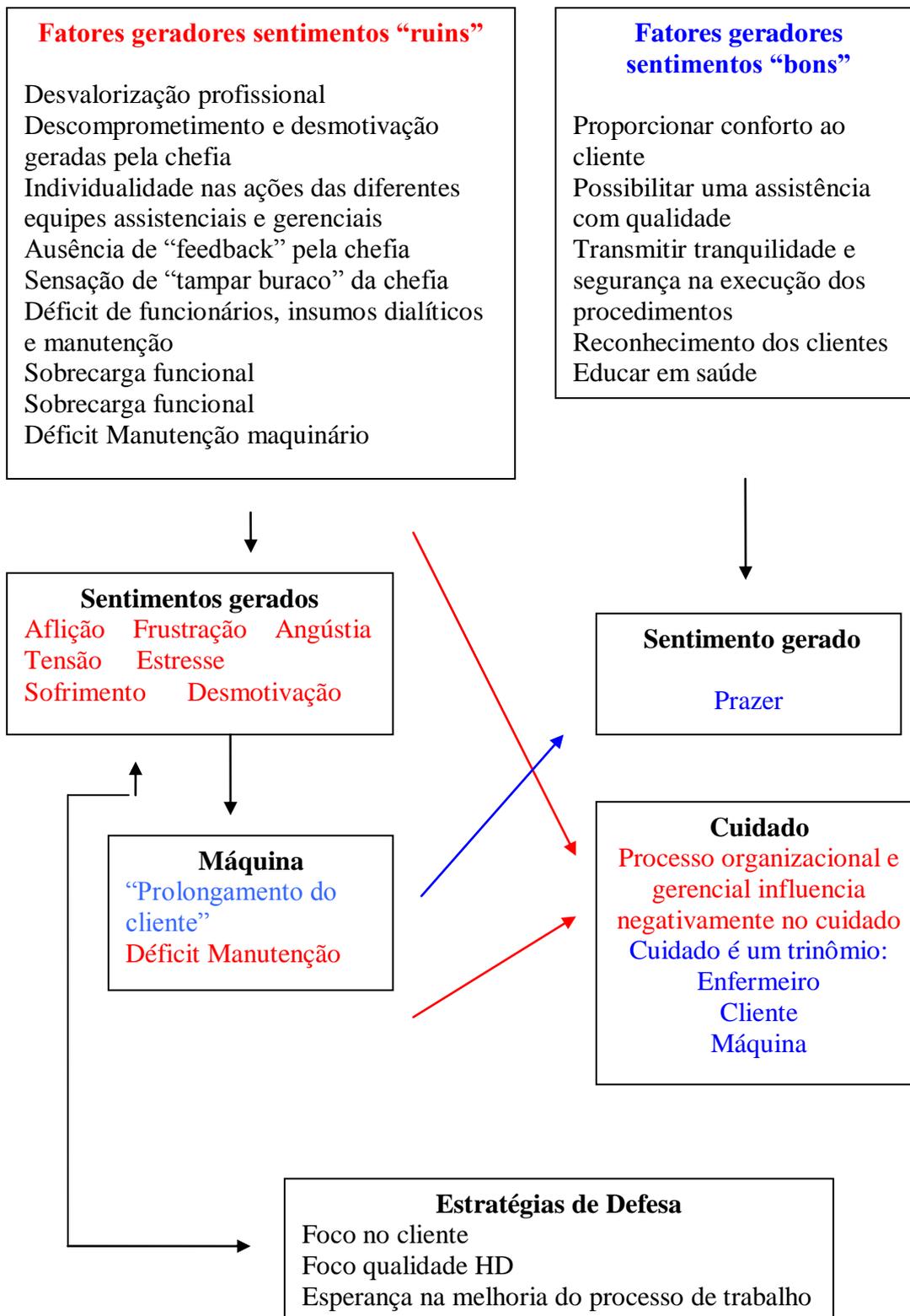


Figura 2 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 3

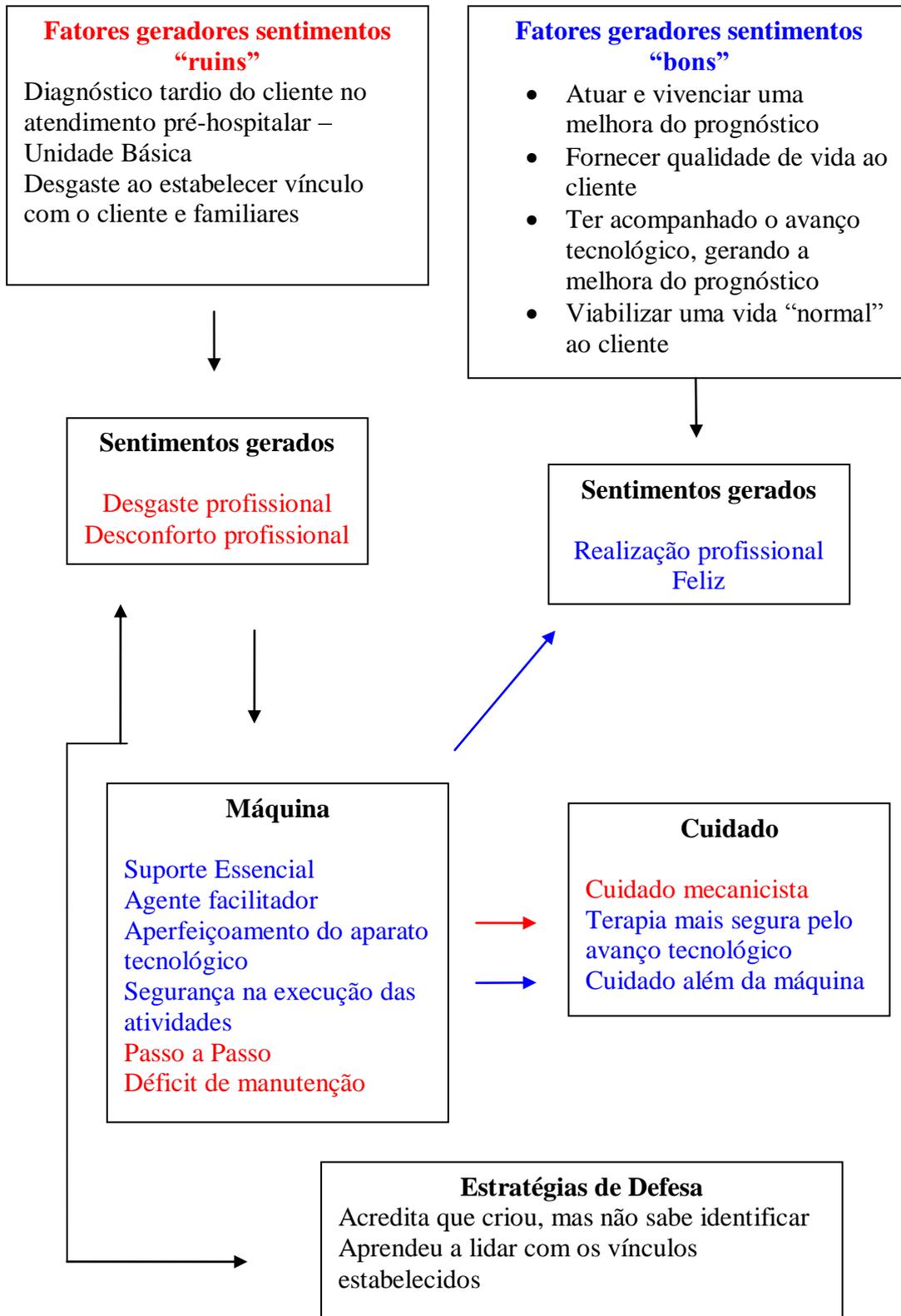


Figura 4 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 5

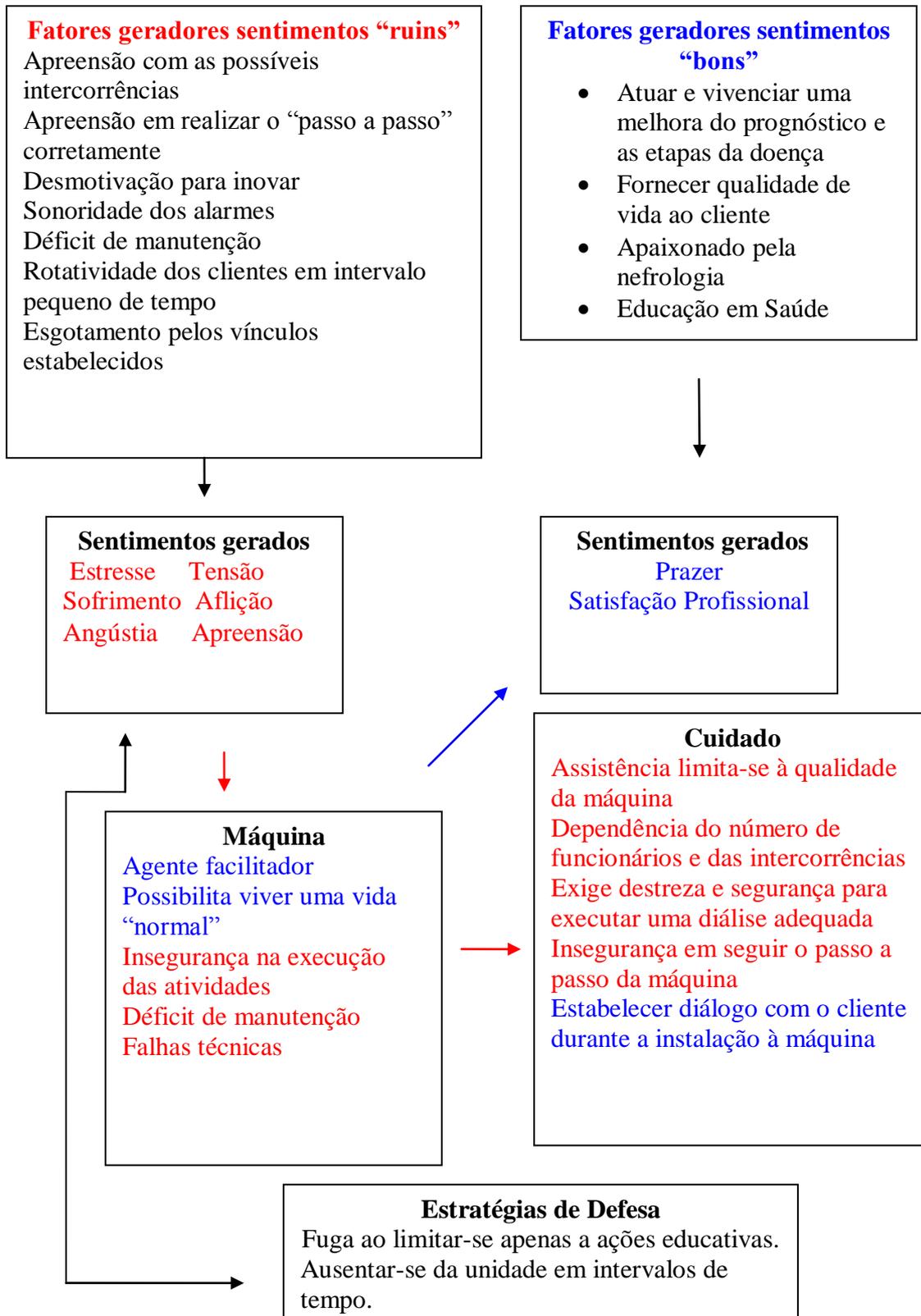


Figura 4 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 8

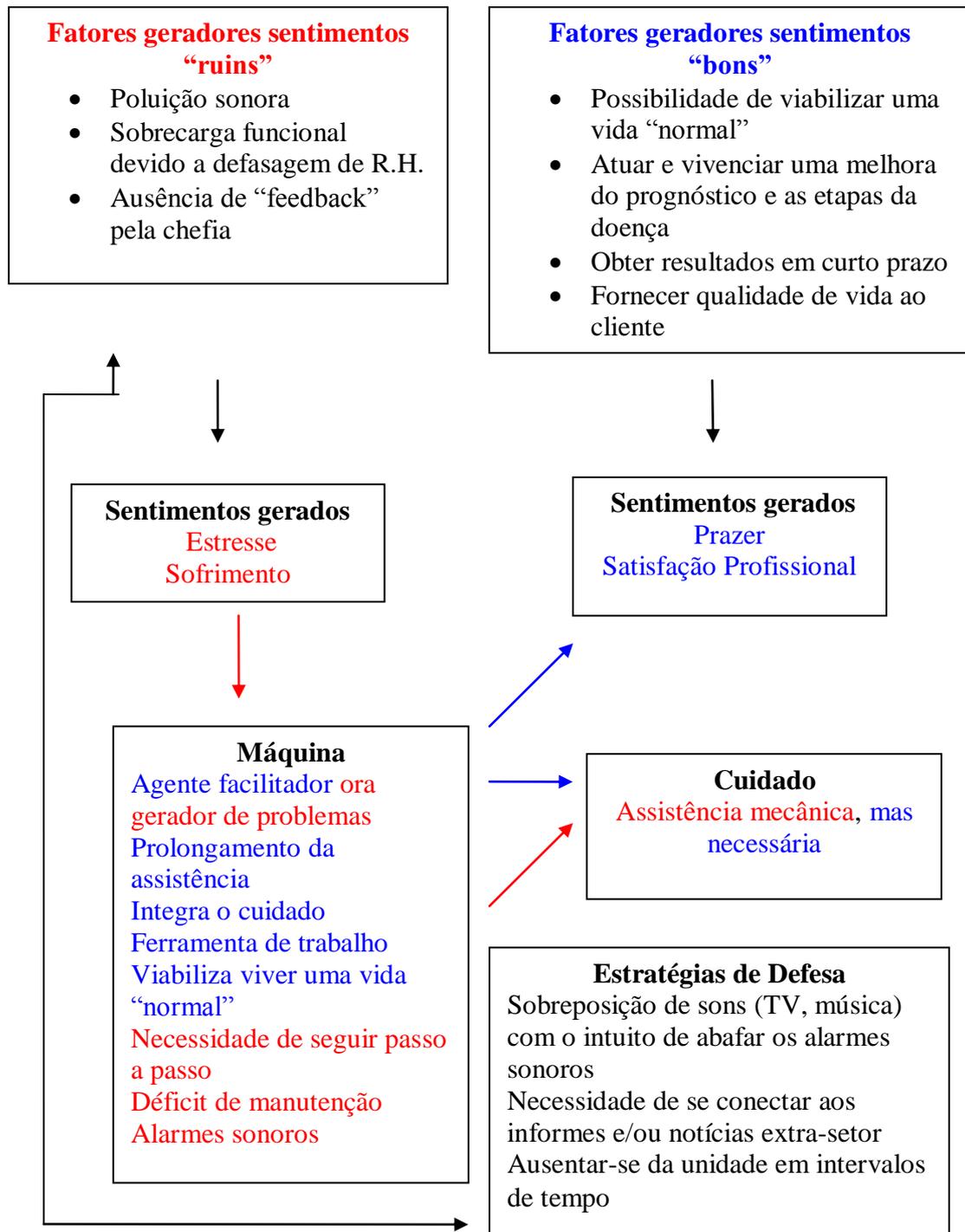


Figura 5 – Diagrama dos fatores geradores de sentimentos referentes ao Enfermeiro 10

Esses esqueletos apresentados na forma de diagramas (Figura 1, 2, 3, 4 e 5) esquematizam os principais sentimentos identificados na vivência do enfermeiro que tem as tecnologias como suporte único e irredutível, no seu cuidado hemodialítico, assim como representa suas implicações no delineamento do cuidado.

O jogo de cores, utilizado tanto nas setas quanto nas frases, elucida a existência de um conflito de sentimentos e emoções constante no discurso dos depoentes. Inferimos que haja ambiguidade de sentimentos experimentados, ora ditos negativos, ora positivos, mas entendidos como necessários frente à dinâmica do serviço, além do fato de terem que cuidar também da máquina dialítica e suas exigências operacionais.

Ao identificar o processo de cuidar dos enfermeiros, observou-se que o profissional guia-se por dois eixos norteadores, que classificamos como fatores geradores de sentimentos “bons” e fatores geradores de sentimentos “ruins”. Entretanto, compreende-se que há um equilíbrio entre eles, alcançado através de distintas estratégias de defesa criadas pelos depoentes.

Os autores Stocker e Hegeman (2002, pág. 85) discutem que:

[...] os sentimentos não são apenas sentimentos, não são tão simples assim, e isso ajuda a explicar como aquilo que é erroneamente imaginado como meros sentimentos pode ser de uma importância vital, tanto da perspectiva moral, quanto do ângulo avaliador.

Com base nesses autores, acredita-se que os valores contidos nas emoções são capazes de sustentar os argumentos de que elas possam conter ou revelar valores e que possam nos ajudar a descobrir aquilo que valorizamos.

“[...] podemos discernir os sentimentos das pessoas observando uma fatia suficientemente grande de suas vidas, mesmo se as descrições e similares sejam desprovidas de sentimentos.” (STOCKER; HEGEMAN, 2002, pág. 33)

Ainda nesta fase da análise, concentramos e agrupamos todo o material das entrevistas num só lugar, para que pudéssemos ter uma visão geral das respostas e identificar aquilo que era esperado e o que era inesperado. Para isso, criamos um instrumento organizador, a partir de palavras-chave que atendessem os objetivos da pesquisa, sendo elas: sofrimento, prazer, tecnologias e cuidado.

O instrumento organizador foi elaborado a partir do mapeamento, transcrição dos recortes (unidades de registro), que agrupamos e classificamos, como apresentado pelo: Quadro 4 – Sofrimento, Quadro 5 – Prazer e Quadro 6 – Tecnologias do cuidado.

Fontes geradoras de Sofrimento	
Unidade de Registro	Classificação do pesquisador
<p><i>“... sofro em saber que antes do diagnóstico tinha uma vida repleta de realizações, trabalhava e agora depende de uma máquina para viver”. (Enf. 01)</i></p> <p><i>“... vivenciar essas mudanças bruscas na vida do paciente me deixa angustiada”. (Enf. 01.</i></p> <p><i>“Não relaciono tanto os sentimentos ao aparato tecnológico, mas sim pela circunstância do lugar, pode ser um hospital público ou particular (clínicas). Depender de uma máquina para viver é deprimente”. (Enf. 02)</i></p>	<p>Vivenciar a dependência do cliente à máquina</p>
<p><i>“Tal dependência me faz refletir sobre as pessoas que amo, me gera tensão em saber que alguém da minha família poderia estar vivenciando isso... ainda mais que tenho uma mãe hipertensa”. (Enf. 01)</i></p> <p><i>“... essa tristeza se faz presente quando tenho que dialisar pessoas que regulam com a minha idade principalmente. Sofro ao presenciar pessoas jovens, como eu, restritos a uma máquina”. (Enf. 04)</i></p> <p><i>“Sofro quando dialiso bebês e crianças, pois a maioria possui uma doença básica que não os possibilita um prolongamento de sua vida, isso me causa sofrimento”. (Enf. 07)</i></p>	<p>Reconhecer a suscetibilidade: ao agravo e às faixas etárias acometidas</p>
<p><i>“(...) as pessoas que possuem anos de experiência acabam contornando certas situações com mais destreza, eu já quero fazer tudo certo, passo a passo, e esse fato me causa muita tensão”. (Enf. 04)</i></p> <p><i>“(...) sentimento de angústia, tensão... muita tensão durante o procedimento,</i></p>	<p>Sobrecarga cognitiva</p>

<p><i>durante as quatro horas de diálise, fica bastante tenso, olhando as máquinas, todos os pacientes, e isso gera um cansaço enorme, cansaço relacionado mais ao psicológico do que físico”.</i> (Enf. 02)</p> <p><i>“Por ter pouco tempo de formada quando entro na sala branca fico muito tensa, aflita, perdida, sempre angustiada, esperando acontecer alguma coisa”.</i> (Enf 08)</p> <p><i>“Quando não se tem segurança no que se está fazendo acredito que me restrito a fazer o que sei e pronto”.</i> (Enf. 06)</p>	
<p><i>“(…) não me sinto bem em unidade de diálise, tenho experiências em unidade de terapia intensiva que dá prazer, e olha que lá lido com várias máquinas diferentes já na hemodiálise não me sinto feliz profissionalmente”</i> (Enf 02).</p>	<p>Insatisfação com a realidade do serviço dialítico</p>
<p><i>“... fico incomodado em saber que a atenção básica não é eficaz, sempre recebemos pacientes com valores de creatinina e ureia inconcebíveis... isso gera desconforto em saber que a nossa atenção primária não funciona como deveria”.</i> (Enf 05).</p>	<p>Déficit de medidas preventivas na Atenção Básica</p>
<p><i>“... possibilitar conforto ao paciente, prestar uma assistência de qualidade... passar segurança e tranquilidade na técnica. E isto acaba me exigindo muito”.</i> (Enf 03)</p>	<p>Exigência profissional</p>
<p><i>“Meu principal sofrimento é relativo ao processo administrativo local, é a condução do processo que me causa angústia. A questão da manutenção técnica do maquinário, reposição de material, recurso humano... isso sim me estressa”.</i> (Enf. 03)</p> <p><i>“Sinto-me o tempo todo tampando buraco da chefia e dos outros colegas do dia, não é o trabalho que me aflige, mas sim a sobrecarga de funções”.</i> (Enf. 02)</p>	<p>Déficit no processo organizacional e gerencial</p>

<p><i>“Aqui eu não tenho “feedback” da chefia, trabalha eu e eu, cada plantão aqui nada muda, aqui nada é valorizado, você rema, rema e não chega a lugar nenhum”.</i>(Enf. 04)</p> <p><i>“A necessidade de burlar alguns passos da máquina, por falta de revisão técnica me gera muita tensão”.</i> (Enf. 06)</p> <p><i>“(…) sentimentos de sofrimento estão relacionados à sobrecarga de trabalho, os ruídos sonoros dos alarmes do maquinário, o quadro incompleto de funcionários, a falta de suporte técnico me gera sofrimento... estresse”.</i> (Enf. 10)</p>	
<p><i>“(…) o vínculo estabelecido com o cliente e os familiares no início me gerava certo desgaste, pois estabelecia amizades e quando ocorria algo me deixava sensibilizado, mas no decorrer dos 20 anos acredito ter aprendido a lidar com isso”.</i> (Enf 05)</p>	<p>Tecnologia leve e sua repercussão</p>
<p><i>“Fico tensa com os alarmes, às vezes alarma sem estar com erros”.</i> (Enf.08)</p> <p><i>“... o alarme da máquina, durante a mudança de turnos é o que mais me causa sofrimento, pois é uma poluição sonora no momento em que exige maior concentração”.</i> (Enf 09)</p>	<p>Tecnologia dura e os estímulos auditivos</p>

Quadro 4 – Unidades de registro extraídas da análise - Sofrimento

Fontes geradoras de Prazer	
Unidade de Registro	Classificação do pesquisador
<p><i>“... poder vivenciar e direcionar este paciente na fase de aceitação da doença é prazeroso, pois vejo os resultados do tratamento em curto prazo”. (Enf. 03)</i></p> <p><i>“Sentimento de felicidade, alegria é quando o paciente chega para nós, por vezes caquéticos, urêmicos, limitados, e o uso do tratamento se faz por vezes milagroso”. (Enf.04)</i></p> <p><i>“... é saber que posso atuar em uma doença crônica podendo melhorar seu prognóstico, fornecer qualidade de vida a este paciente, é muito bom saber que faço parte desta conquista juntamente com o cliente e familiares”. (Enf. 05)</i></p> <p><i>“Sinto-me realizado em poder estar assistindo uma população que até pouco tempo atrás não havia terapia eficaz ou com prognóstico ruim... há suporte para essa clientela, diferente de um câncer avançado, onde só é feito tratamento paliativo”. (Enf. 05)</i></p> <p><i>“Experimento sentimentos de prazer em poder estar possibilitando a um paciente a chance de viver com uma doença crônica, que se caso não houvesse esse recurso dialítico morreriam”. (Enf. 06)</i></p> <p><i>“O fato de fornecer meios para que este paciente tenha uma vida mais tranquila, livre de tantas intercorrências, onde a diálise é necessária para dar seguimento em sua vida” (Enf 09).</i></p> <p><i>“Sentimento de satisfação em estar fornecendo aos meus pacientes uma chance de ter uma vida ‘normal’. E é muito bom lidar com um cuidado onde obtemos resultados rápido”. (Enf.10)</i></p>	<p>Vivenciar o resultado do processo de cuidar ao ser protagonista do cuidado</p>

<p><i>“Acho que o sentimento menos angustiante é o de tarefa cumprida, não tão prazeroso assim... mas ufa...o paciente passou por mais uma”. (Enf. 02)</i></p>	<p>Tarefa realizada</p>
<p><i>“... quando os pacientes demonstram ou transmitem estarem felizes em saber que sou eu que estou de plantão, quando chego e eles falam: Que bom você estar aqui hoje, ser seu plantão. Sinto-me acolhida e valorizada”. (Enf. 03.</i></p> <p><i>“... ao estabelecer vínculo com essa população sinto que a nossa presença é essencial em sua terapia”. (Enf. 06)</i></p> <p><i>“É uma área que possibilita vivenciar as etapas da doença, há grande aderência dos clientes frente às orientações educativas prestadas. Apesar deste vínculo às vezes ser gerador de esgotamento”. (Enf. 08)</i></p>	<p>Valorização e Reconhecimento Profissional</p>
<p><i>“Sentimento de prazer é fazer o que gosto e poder agir em um momento tão difícil de adaptação e aceitação dessa clientela”. (Enf. 04)</i></p> <p><i>“... só o fato em estar ali cuidando já me dá um pouco de prazer, em poder ser útil e me doar da melhor forma possível a este paciente”. (Enf. 01)</i></p> <p><i>“Prazer relaciona-se à satisfação profissional, em fazer o que gosto, é muito prazeroso você acreditar naquilo que faz e ver os resultados alcançados”. (Enf. 07)</i></p>	<p>Satisfação profissional (Cuidar do jeito que SABE e GOSTA!)</p>

Quadro 5 – Unidades de registro extraídas da análise – Prazer

Relação dos sentimentos e as tecnologias do cuidado	
Pontos Negativos	Pontos Positivos
<p>“Esse tipo de assistência sempre foi mecânico, qualquer macaco treinado realiza a instalação do paciente”. (Enf 01)</p> <p>“Também gera certo afastamento no ato de cuidar, pois às vezes acaba que a assistência destina-se primeiramente à máquina e depois de resolvido que iremos olhar o paciente”. (Enf 01)</p> <p>“... tais sentimentos de afastamento repercutem com certeza no meu cuidado, acaba que nos tornamos muito mecânicos durante a assistência, pois existe um passo a passo a ser seguido, caso pule etapas a máquina alarma e causa transtornos... só após fazer o “check list” da máquina que a atenção será direcionada ao paciente... e se não houver outras intercorrências”. (Enf 01)</p> <p>“... acaba que minha assistência fica limitada à máquina, quando esta alarma para me apresentar o erro. O que mais me incomoda é este sentimento... medo e dependência”. (Enf 02)</p> <p>“A insegurança se faz presente pela máquina, não pela minha técnica, pois sei que a realidade que trabalho não há manutenção técnica adequada e frequente das máquinas. E para conseguir dialisar o paciente preciso suprir ou até mesmo sabotar alguns passos da máquina. E isso me gera estresse.... onde os parâmetros fornecidos não são fidegnos.”(Enf 02)</p> <p>“Vejo que as dificuldades que tenho para trabalhar aí sim influenciam no meu cuidado, pois se não houver uma agulha ideal para puncionar irá gerar dor ao paciente e uma diálise de baixa qualidade, e isso causa frustração. Além do maquinário sem manutenção,.. né!”.</p>	<p>“... vejo esse maquinário como agente facilitador, pois possuem sistemas de alarme, sensores que apontam problemas que podem prejudicar a diálise do paciente”. (Enf 01)</p> <p>“Então de repente o que me conforta é saber, que mesmo que não exista tratamento farmacológico que cure um renal crônico, ainda bem que existe uma máquina que disponibiliza uma melhor adaptação à sua vida”. (Enf 01)</p> <p>“Eu não condiciono a hemodiálise apenas a máquina, cada paciente tem suas especificidades... é como se fosse o prolongamento do paciente. Valorizo tanto as informações que a máquina me passa quanto a que o paciente me fornece durante o procedimento”. (Enf 03)</p> <p>“O maquinário é indubitavelmente essencial neste cuidado, nessa realidade. A máquina é um tratamento anti-fisiológico, torna-se sim um cuidado mecânico, que necessita ter etapas, mas que facilita, ou melhor, possibilita a prestação dessa assistência”. (Enf 04)</p> <p>“A tecnologia veio como um agente facilitador faz com que o tratamento seja realizado de maneira eficaz”. (Enf 04)</p> <p>“... durante o procedimento há a necessidade de avaliar o paciente, então se estabelece uma interação entre paciente, máquina e profissional”. (Enf 04)</p> <p>“... tenho 20 anos de atuação em nefrologia, presenciei a evolução do maquinário, houve um tempo que os clientes realizavam a diálise e faleciam por falta de aparato tecnológico eficiente”. (Enf 05)</p> <p>“... hoje o maquinário oferece mais segurança para o profissional realizar a diálise. Vejo como um suporte essencial</p>

<p>(Enf 03)</p> <p>“Sentimentos de sofrimento se relacionam à necessidade em seguir o passo a passo ao instalar o paciente na máquina, vejo que é muito mecânico, mas sei que tem que ser assim, pois é necessário cumprir as etapas para se ter uma diálise tranquila e confiável”. (Enf 06)</p> <p>“A tensão se relaciona diretamente com o maquinário, as falhas técnicas são constantes, não há uma revisão periódica, isso sim me gera estresse, pois posso fazer tudo certo, seguir todas as etapas, mas se acontecer algum erro técnico a responsabilidade será minha”. (Enf 08)</p> <p>“Sinto que a assistência às vezes limita-se à qualidade da máquina, não que ela não seja um agente facilitador, mas se ela estiver enguiçada não poderia atuar efetivamente junto a este paciente”. (Enf 03)</p> <p>“Acredito que se houvesse manutenção das máquinas iria facilitar muito nosso trabalho, pois não alarmariam com tanta frequência, traria uma segurança maior como ferramenta de trabalho”. (Enf 10)</p> <p>“Acho que poderiam diminuir o volume do ruído sonoro dessas máquinas, já solicitei isso a chefia, mas não obtive resultado e nem mesmo uma ‘feedback’”. (Enf 10)</p>	<p>para a realização da terapia”. (Enf 05)</p> <p>“Sou satisfeito com o maquinário com o qual trabalho, apesar de não haver sempre que necessitamos suporte técnico, mas sempre damos um jeito, né!”. (Enf 05)</p> <p>“Há 10 anos atrás eram baldes que misturavam as concentrações do banho, era tudo braçal e manual, um erro que ocorresse resultava em intercorrências. Diversas vezes já perdemos pacientes por falta de uma máquina que correspondesse as reais necessidades da terapia”. (Enf 07)</p> <p>“Hoje as máquinas são ótimas, possuem alarmes, sinalizadores, há como programar várias modalidades de UF, vejo como um agente facilitar na diálise, pois só me oferece mais segurança nas atividades”. (Enf 07)</p> <p>“Vejo, a tecnologia, como a continuação do meu cuidado... o tempo em que estou programando a máquina estabeleço um diálogo com o paciente”. (Enf 07)</p> <p>“Vejo a máquina como integrante da minha assistência, então só gera sentimentos bons, já que facilita meu trabalho”. (Enf 09)</p> <p>“É lógico que a assistência torna-se mais mecânica, pois lidamos com uma máquina que se tornou prolongamento desse paciente, então preciso seguir o passo a passo necessário”. (Enf 09)</p> <p>“Vejo o maquinário com um integrante do cuidado, ora como agente facilitador ora gerador de problemas. Mas se não houvesse não haveria diálise, não é mesmo!”. (Enf 10)</p>
--	--

Quadro 6 – Unidades de registro extraídas da análise

Mediante a análise das figuras, diagramas e quadros demonstrativos apresentados, identificamos as categorias emergentes, sintetizadas na figura a seguir:



Figura 6 - Diagrama representativo das categorias emergentes

Este diagrama final representa o dualismo vivenciado pelos depoentes, onde há dois sentimentos opostos que acreditávamos ser inconciliáveis, irreduzíveis entre si e incapazes de uma síntese final, entretanto, percebemos que há um equilíbrio entre eles, possibilitando, portanto, a realização do cuidado. Já em relação à máquina e ao humano, apesar de serem extremamente opostos em vários pontos, consegue-se extrair dessa associação benefícios ao ser humano.

Portanto, há uma dependência significativa do enfermeiro de hemodiálise, que, para cuidar do humano, lançará mão dos aparatos tecnológicos disponíveis, permeando um cuidado além do renal crônico, estendendo-o também à máquina, revelando-se como um cuidado vital para a qualidade de vida dessa comunidade, ou até mesmo a única possibilidade de sobrevivência desses acometidos.

Tais conflitos foram identificados na objetivação do cuidado, em que a subjetividade e as particularidades encontradas no discurso dos depoentes nos remetem aos aspectos negativos relacionados à tecnologia empregada. Eles resultam da alienação e dependência ao maquinário, que, ao mesmo tempo, lhes confere autonomia por dominar uma tecnologia de ponta, e alienação por restringir-se ao “passo a passo” imposto. Refletindo sobre os pontos positivos, entendemos que, ao assistir uma terapia que proporciona sobrevivência aos acometidos, isso resulta em satisfação profissional. E vivenciar e atuar, tanto nos aspectos assistenciais como educacionais, se sobrepõe aos inconvenientes gerados pela escassez de manutenção técnica e organizacional.

De posse desses resultados, e com respaldo em Dejours, acreditamos que não é possível quantificar uma vivência subjetiva; esta, antes de tudo, é qualitativa e, portanto, não pode ser relegada a uma simples classificação. Na verdade, um trabalho vai ser desgastante ou não dependendo do grau de carga psíquica que gera para o sujeito, que poderá ser maior ou menor, dependendo do emprego de aptidões de que o indivíduo dispõe e utiliza.

Tais aptidões foram identificadas através das estratégias criadas pelos depoentes, com o intuito de equilibrar ou suportar esse dualismo, ao postergar a exaustão laboral ou até mesmo o adoecimento.

Portanto, temos duas categorias emergentes que irão permear as futuras discussões, que se apresenta a seguir.

4.3 Categorias discutidas

Este subcapítulo visa apresentar e discutir as categorias provenientes da análise dos resultados, da qual emergiram duas categorias que serão discutidas a seguir. Sendo elas:

Categoria I - Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente

Categoria II – Criando estratégias no processo de cuidar

Categoria I – Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente

As emoções, os sentimentos, os humores podem revelar valores, principalmente em um ambiente onde o envolvimento emocional na execução do cuidado é imprescindível.

Há uma dificuldade em descobrir os valores contidos nas emoções, podendo se contrapor aos argumentos de que elas possam conter ou revelar valores e que ajudem a identificar aquilo que realmente valorizamos, ou apenas apresentar valorações e não valores. Ou seja, pode-se não valorizar, ou valorizar muito pouco, o que sabidamente é um valor comum a todos. Mediante isso, conseguimos identificar que os valores também estão relacionados à história pessoal, cultural e reconhecimento dos sentidos atribuídos por cada ser humano.

Muitas emoções, senão a maioria, ou mesmo todas, elas implicam prazer ou dor. “O prazer e a dor poderiam, por sua vez, ser caracterizados como desejo: por exemplo, naquilo que desejamos conseguir ou evitar, ou com o sentido de evitação ou consecução” (STOCKER; HEGEMAN, 2002, p.57).

A seguir, apresenta-se o diagrama representativo (Figura 7) evidenciando os principais aspectos mediadores do conflito retratado por esta categoria.

Tecnologia no processo de cuidar

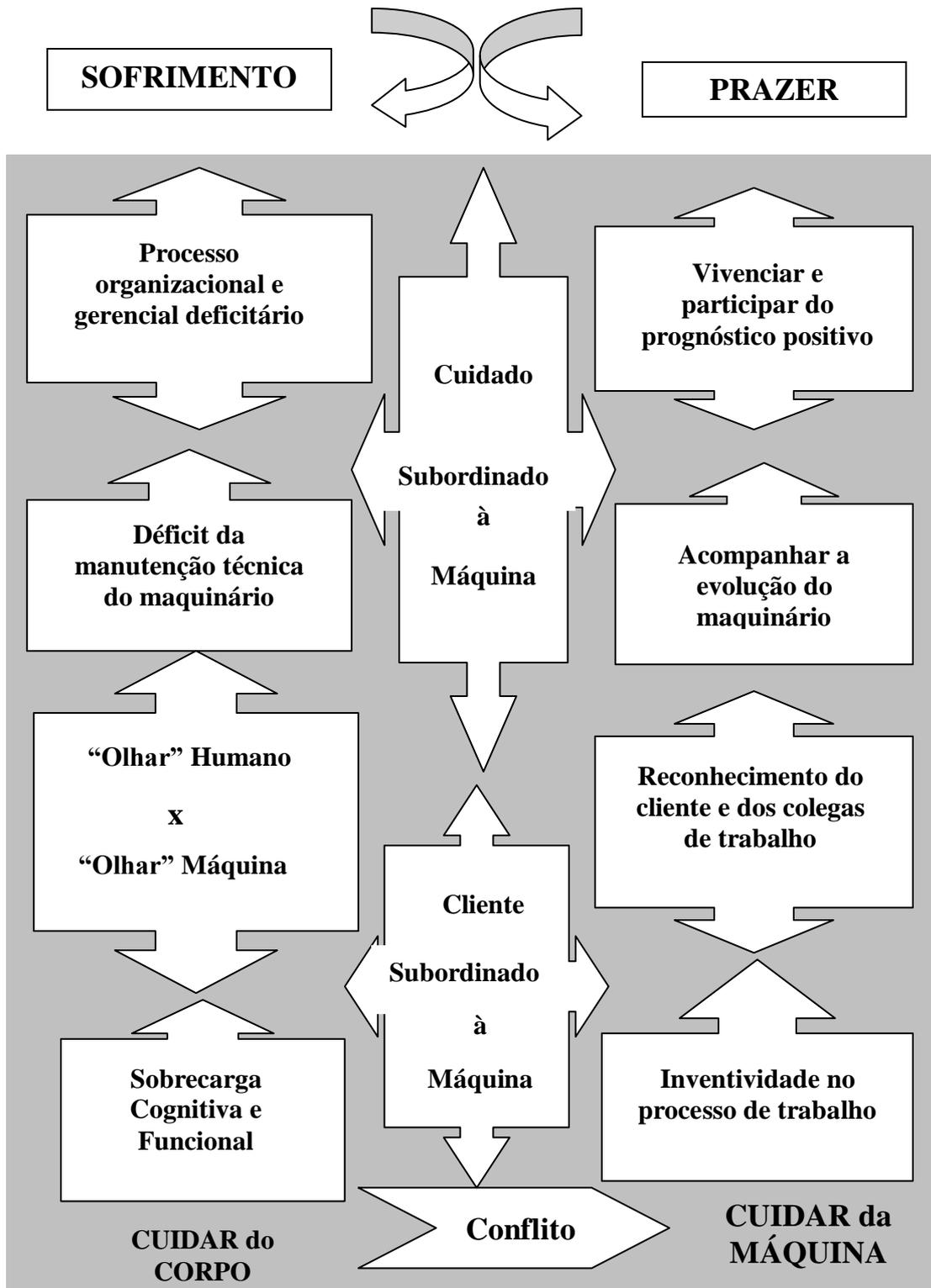


Figura 7 – Diagrama Representativo da categoria I - Conflito para cuidar da máquina, quando cuida do corpo do cliente

Em seus diferentes valores, os sentimentos vivenciados pelos depoentes da pesquisa apontam a existência de conflito ao realizar o cuidado hemodialítico. Por vezes a máquina é apontada como integrante do cuidado, apesar dessa relação gerar dependência do profissional para com o maquinário. Tal dependência também existe entre o cliente e a máquina, em que o aparato é o complemento de suas funções renais, e o profissional, ao vivenciar essa relação, é exposto a uma carga tensional por ser o mediador do sucesso da terapia, e depender diretamente deste suporte para executar o cuidado.

“(...) atuar em uma doença crônica, podendo melhorar seu prognóstico, fornecer qualidade de vida a este paciente, é muito bom saber que faço parte desta conquista juntamente com o cliente e familiares.” (Enf. 05)

“(...) sofro em saber que antes do diagnóstico tinha uma vida repleta de realizações, trabalhava e agora depende de uma máquina para viver.” (Enf. 01)

Esta relação cuidado humano *versus* cuidado mecânico traz ao profissional uma carga emocional conflitante, uma vez que a máquina, por ser mediadora do cuidado, pode também distanciar o trabalhador do cuidado direto, pois, ao cuidar do corpo do cliente, obrigatoriamente o cuidado é vinculado e direcionado aos parâmetros que a máquina sinaliza. Como apresentado pelos depoentes a seguir.

“É lógico que a assistência torna-se mais mecânica, pois lidamos com uma máquina que se tornou prolongamento desse paciente, então preciso seguir o passo a passo necessário.” (Enf. 09)

“Também gera certo afastamento no ato de cuidar, pois às vezes acaba que a assistência destina-se primeiramente à máquina e depois de resolvido que iremos olhar o paciente.” (Enf 01)

A dinâmica do cuidado operacional em hemodiálise necessita seguir o passo a passo como qualquer equipamento exige, trazendo ao enfermeiro a sensação de estar diretamente à mercê das etapas que a tecnologia impõe e a suscetibilidade a falhas técnicas, por falta de manutenção periódica, torna-se o principal agravante desse conflito corpo *versus* máquina.

Diante desse déficit, o profissional necessita burlar alguns passos, pular etapas, ou até mesmo guiar-se por parâmetros alterados. Dependendo da qualidade do maquinário para se ter uma diálise eficaz gera ao enfermeiro sentimentos de incapacidade ou inteligibilidade, além da ambivalência de segurança operacional e qualidade do cuidado prestado.

Nesta perspectiva, Noulin (1992), aponta a organização do trabalho real frente à tarefa prescrita, em que se faz necessário adaptações com o intuito de evitar o descompasso das

atividades, evitando o sofrimento laboral e fomentando a subjetividade do trabalhador no cenário do trabalho, em que:

[...] o homem que trabalha não é mero executante, mas um operador no sentido de que ele faz a gestão das exigências e não se submetendo passivamente a elas. Ele aprende agindo, ele adapta o seu comportamento às variações, tanto de seu estado interno (fadiga...) quanto dos elementos da situação (relações de trabalho, variações da produção, panes, disfuncionamentos...), ele decide sobre os melhores formas de agir, ele inventa 'truques', desenvolve habilidades permitindo responder de forma mais segura seus objetivos... em uma palavra: ele opera. Assim, sua atividade real sempre se diferencia da tarefa prescrita pela organização do trabalho. (NOULIN, 1992, p. 26)

A partir do discurso dos depoentes identificamos que a incompatibilidade da qualidade da máquina com o cuidado prestado, potencializa as vivências de sofrimento dos trabalhadores. Conforme as falas a seguir:

“A tensão se relaciona diretamente com o maquinário, as falhas técnicas são constantes, não há uma revisão periódica, isso sim me gera estresse, pois posso fazer tudo certo, seguir todas as etapas, mas se acontecer algum erro técnico a responsabilidade será minha.” (Enf 08)

“Sinto que a assistência às vezes limita-se à qualidade da máquina, não que ela não seja um agente facilitador, mas se ela estiver enguiçada não poderei atuar efetivamente junto a este paciente.” (Enf 03)

Entretanto podemos inferir que certos “improvisos” e inventividade dos enfermeiros experientes, diante da falta de assistência técnica periódica, podem gerar confiabilidade. Ao improvisar e conseguir instalar o cliente na máquina, este profissional é reconhecido e valorizado pela equipe e pelo cliente. Já que a maioria dos clientes renais crônicos chega ao serviço ansiosos para que as quatro horas de duração da terapia sigam livres de percalços e não ultrapassem o tempo prescrito. Para a equipe, o imprevisto em suprir as falhas técnicas permite que a programação dos turnos não seja alterada, conseqüentemente os profissionais conseguem livrar-se, momentaneamente, de intercorrências, aborrecimentos e atraso na execução da assistência.

A prática do ‘quebra-galho’ é um dos mecanismos fundamentais de regulação e de negociação da organização prescrita do trabalho [...] mas implica em correr riscos, podendo se riscos técnicos, podendo ter conseqüências nocivas para a segurança das pessoas e das instalações ou implica, de fato, colocar-se fora da lei. (DEJOURS, 2009, p.101)

Em se tratando de jovens profissionais, que não possuem a destreza e ‘sabedoria prática’ dos enfermeiros experientes, a não realização de improvisos pode vir a prejudicar sua

autonomia perante a equipe ou caracterizá-los como profissionais desqualificados perante os clientes. Mesmo que suas atenções e preocupações estejam muito mais voltadas para as questões e implicações desses improvisos na real qualidade da terapia realizada.

“(...) as pessoas que possuem anos de experiência acabam contornando certas situações com mais destreza, eu já quero fazer tudo certo, passo a passo, e esse fato me causa muita tensão.” (Enf 04)

As limitações das ações de enfermagem na relação entre cuidar do corpo e cuidar da máquina compreendem que, quando estamos cuidando de nossos clientes, deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar nossa assistência apenas para satisfazer as necessidades biológicas e fisiológicas, muitas vezes desconsiderando seus desejos e suas adversidades, e não verificando a eficácia do cuidado mediado por máquinas.

Há de se considerar, entretanto, que é perfeitamente possível que o profissional de enfermagem possa, em determinado momento de sua trajetória profissional, acreditar que pode confiar e transferir integralmente suas funções durante a assistência hemodialítica às máquinas.

Em se tratando de profissionais mais experientes [...] o ambiente e as diferentes adversidades advindas do cotidiano de cuidar vão imprimindo marcas num corpo cansado do árduo trabalho nessas unidades, o que faz com que eles tentem transferir para as máquinas, aquilo que somente eles, humanos, poderiam fazer. (SILVA, 2006, p. 84)

Embora a tecnologia possibilite a transferência de algumas ações humanas à máquina, não implica que a responsabilidade sobre o cliente destina-se a ela. Ressalta-se que nenhuma máquina transcende o olhar vigilante e constante da equipe, assim como um cuidado humano e crítico. Os depoimentos a seguir esclarecem:

“Vejo, a tecnologia, como a continuação do meu cuidado (...) o tempo em que estou programando a máquina estabeleço diálogo com o paciente.” (Enf 07)

“(...) durante o procedimento há a necessidade de avaliar o paciente, então se estabelece uma interação entre paciente, máquina e profissional.” (Enf 04)

A máquina, ao estabelecer essa dependência do profissional para com ela, também fornece alívio na sobrecarga operacional, já que possui diversos sensores, alarmes e parâmetros hemodinâmicos, conferindo segurança na realização do procedimento, quando a rotina de manutenção técnica é cumprida.

As inovações tecnológicas têm premiado este tipo de assistência, cada vez mais o mercado dispõe de máquinas modernas e práticas. Mas compete ao enfermeiro não se esquecer de que quem determina o cuidado é o cliente, cabendo à máquina a função de coadjuvante.

[...] qualquer profissional deve chamar a si a responsabilidade de não mecanizar o atendimento e uma das formas é não dar relevância maior aos dados obtidos pelas máquinas, como parâmetros hemodinâmicos, respiratórios, mas fixando-se na situação clínica e nos seus envolvimento existenciais. (VARGAS; MEYER, 2005, p.214)

O discurso dos depoentes com maior tempo de experiência em hemodiálise aponta os pontos positivos na cumplicidade entre a tecnologia e o cuidado hemodialítico, pois já vivenciaram uma era em que a tecnologia era defasada e não atendia às necessidades que o cuidado hemodialítico exige. Os depoimentos que se seguem explicam bem a situação:

“Há 10 anos atrás eram baldes que misturavam as concentrações do banho, era tudo braçal e manual, um erro que ocorresse resultava em intercorrências. Diversas vezes já perdemos pacientes por falta de uma máquina que correspondesse as reais necessidades da terapia.” (Enf 07)

“... tenho 20 anos de atuação em nefrologia, presenciei a evolução do maquinário, houve um tempo que os clientes realizavam a diálise e faleciam por falta de aparato tecnológico eficiente.” (Enf 05)

“Hoje as máquinas são ótimas, possuem alarmes, sinalizadores, há como programar várias modalidades de UF, vejo como um agente facilitador na diálise, pois só me oferece mais segurança nas atividades executadas.” (Enf 07)

O novo cenário do cuidado se concretiza pela associação da competência do exercício do profissional e os avanços tecnológicos, tanto nas relações humanas e operacionais, não se restringindo às ações ritualistas e ultrapassadas que eram vinculadas à pouca informação ou até mesmo à falta de pesquisas e evidências. (DOMENICO; IDE, 2006)

Relembramos que este estudo foi realizado em um hospital universitário, em que há uma variação do tempo de atuação em hemodiálise, e até mesmo é o primeiro emprego após a graduação. Esses fatos implicam diretamente neste conflito de sentimentos, visto que tal cuidado endossa a destreza em contornar adversidades, tanto com o aparato tecnológico ao reconhecer e burlar etapas, mas também para avaliar de forma rápida quando o paciente não aguentará sustentar a terapia até as quatro horas prescritas.

Percebe-se que alguns pontos identificados como negativos pelos depoentes, ao associar a máquina ao cuidado, podem explicar-se pela inexperiência laboral neste setor especializado, podendo ser fonte intensificadora das sensações de aflição, sofrimento, estresse, angústia e tensão. Os depoimentos a seguir esclarecem:

“(...) sentimento de angústia, tensão (...) muita tensão durante o procedimento, durante as quatro horas de diálise deste paciente, fico bastante tenso, olhando as máquinas, todos os pacientes, e isso gera um cansaço enorme, cansaço relacionado mais ao psicológico do que físico.” (Enf 02)

“Por ter pouco tempo de formada quando entro na sala branca fico muito tensa, aflita, perdida, sempre angustiada, esperando acontecer alguma coisa.” (Enf 08)

“Quando não se tem segurança no que se está fazendo acredito que me restrito a fazer o que sei e pronto.” (Enf 06)

Contrapondo essa inferência, verificamos também que há uma relação direta entre o fato de alguns enfermeiros se acomodarem em realizar o cuidado somente quando a máquina o solicita, ou seja, quando o alarme sinaliza que algum problema no curso da terapia está ocorrendo; somente quando isso ocorre é que o profissional abordará o cliente ou destinará seu olhar a ele.

Já não podemos mais ficar transferindo a responsabilidade das nossas falhas e descuidados, ou de nossas atitudes e instintos mais primitivos para as tecnologias, como elas fossem as grandes responsáveis por tudo de pernicioso e reprovável que se pode observar na assistência e no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. (SILVA, 2006, p.141)

Somos conduzidos a pensar que os enfermeiros necessitam se organizar e adequar suas ações à dinâmica do serviço, visto que o cliente fica em média quatro horas conectado a uma máquina, dispondo de tempo hábil para garantir um cuidado individualizado e responsabilizar-se pelo sucesso da terapia.

[...] olhar da enfermeira/olhar da ‘máquina’ é apresentada, aqui, como se o olhar da enfermeira, quando não está mediado pela máquina, fosse um olhar que antecede qualquer processo de significação; seria a ‘presença em si’ da enfermeira que asseguraria a qualidade do nosso atendimento. Quando o olhar da enfermeira passa a ser mediado pela máquina ou quando é a própria máquina quem olha, levanta-se o pressuposto de que esse olhar pode não ser tão confiável assim. Seria um olhar não presente, não próprio do que é humano. (VARGAS; MEYER, 2005, p.215)

Cabe ressaltar que não se trata apenas da dedicação ou da qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro, já que todo setor fechado e especializado possui processos de trabalho e normas que direcionam as ações mediadoras. Endossamos que a sobrecarga

funcional, a ausência de uma chefia ativa e consciente da realidade do serviço implicarão diretamente no produto final, pois o trabalho prescrito difere-se do trabalho real. Os depoimentos a seguir elucidam o pressuposto apresentado.

“Sinto-me o tempo todo tampando buraco da chefia e dos outros colegas do dia, não é o trabalho que me aflige, mas sim a sobrecarga de funções.” (Enf 02)

“Aqui eu não tenho ‘feedback’ da chefia, trabalha eu e eu, cada plantão aqui nada muda, aqui nada é valorizado, você rema, rema e não chega a lugar nenhum.”(Enf 04)

“Meu principal sofrimento é relativo ao processo administrativo local, é a condução do processo que me causa angústia. A questão da manutenção técnica do maquinário, reposição de material, recurso humano... isso sim me estressa.” (Enf 03)

Segundo Mendes e Tamayo (2001, p.40), “[...] quando os valores influenciam uma organização do trabalho marcada pela ausência de críticas e negociações das normas e regras, levando à naturalização das situações e à criação de verdades inquestionáveis, pode ter lugar o sofrimento no trabalho”.

Alguns profissionais se adaptam à rotina laboral imposta e realizam o necessário, outros se esquivam postergando aborrecimentos. E há profissionais que trazem pra si a responsabilidade em gerenciar estratégias individuais ou coletivas que atendam a realidade que o trabalho exige, acarretando sobrecarga funcional e cognitiva; quando os resultados esperados não são satisfatórios, ou o investimento não é reconhecido, dar-se-á início à desmotivação em inovar, gerando o sofrimento patológico.

Ora, um modelo de gestão que desconsidera a complexidade da atividade, negligencia as características e diversidade dos trabalhadores e intensifica o controle de tempos e resultados, entre outros aspectos, potencializa a existência de vivências de sofrimento no trabalho, pois pode ser gerador de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança em face das dificuldades impostas pela organização do trabalho. (FERREIRA; BARROS; 2003, p.14)

Registramos que, mesmo com o cuidado sendo orquestrado por uma máquina, em que o processo é sistemático e repetitivo, há também frutos geradores de prazer, preponderando sobre este conflito em cuidar da máquina enquanto se cuida do corpo do cliente.

A terapia possibilita ao enfermeiro vivenciar o resultado do cuidado prestado de imediato, uma vez que os clientes são inseridos ao programa dialítico já com uma taxa de filtração glomerular inaceitável para viver uma vida “normal”. Dessa forma, ao vivenciar a adesão e o resultado do procedimento ministrado com saldos positivos, o profissional

visualiza de forma mais exata sua importância nesse cenário assistencial. Os depoimentos a seguir confirmam isso:

“(...) poder vivenciar e direcionar este paciente na fase de aceitação da doença é prazeroso, pois vejo resultados do tratamento em curto prazo.” (Enf 03)

“Sentimento de felicidade, alegria é quando o paciente chega para nós, por vezes caquéticos, urêmicos, limitados, e o uso do tratamento se faz por vezes milagroso.” (Enf 04)

“(...) é saber que posso atuar em uma doença crônica podendo melhorar seu prognóstico, fornecer uma qualidade de vida a este paciente, é muito bom saber que faço parte desta conquista juntamente com o cliente e familiares.” (Enf 05)

“O fato de fornecer meios para que este paciente tenha uma vida mais tranquila, livre de tantas intercorrências, onde a diálise é necessária para dar seguimento em sua vida.” (Enf 09)

“Sentimento de satisfação em estar fornecendo aos meus pacientes uma chance de ter uma vida ‘normal’. E é muito bom lidar com um cuidado onde obtemos resultados rápidos [...]” (Enf 10)

“É uma área que possibilita vivenciar as etapas da doença, há grande aderência dos clientes frente às orientações educativas prestadas. Apesar deste vínculo às vezes ser gerador de esgotamento.” (Enf 08)

Os resultados apontam que o prazer-sofrimento não é excluyente, confirmando o aspecto dialético do construto apresentado na teoria. Mesmo que seja significativo, há o predomínio do prazer em relação ao sofrimento. Caso fosse o inverso, concluiríamos que o cuidado hemodialítico seria somente fonte geradora de adoecimento laboral, e não haveria a formação de profissionais nessas unidades.

O predomínio do prazer pode ter fundamento na concepção de que o trabalho, segundo Mendes (1999) é lugar de realização, de identidade, valorização e reconhecimento, sendo a busca do prazer uma constante para todos os trabalhadores na direção de manter o seu equilíbrio psíquico, tendo o sofrimento um lugar que surge a partir das imposições que as condições externas às situações de trabalho impõem aos trabalhadores. (MENDES; TAMAYO, 2001, p.43)

Com base nesses resultados, pode-se dizer que os trabalhadores dessa organização possivelmente vivenciam prazer por atuarem efetivamente no prognóstico do cliente. E ao protagonizarem a execução desse cuidado sentem-se valorizados e reconhecidos pelo cliente e familiares, executando um cuidado em que conseguem conciliar o saber com o gostar. O desfecho dessa associação só poderia resultar em satisfação profissional.

“Sentimento de prazer é fazer o que gosto e poder agir em um momento tão difícil de adaptação e aceitação dessa clientela.” (Enf 04)

Sempre haverá adversidades neste cenário do cuidado, pois os procedimentos, ao gerenciar o cuidado, se fazem através de tecnologias do cuidado, onde se necessita para as máquinas de inovações constantes reparos, entretanto o profissional, de forma distinta, também necessita de atualizações teóricas periódicas.

Nessa empreitada há de se destacar a necessária e imprescindível conjugação entre ser humano e tecnologia nas relações de cuidar e assistir, não somente na terapia intensiva, mas em todos os setores do ambiente hospitalar, destinado ao cuidado de enfermagem [...] o que hoje podemos pensar, é que os avanços tecnológicos e a qualificação da mão de obra dos profissionais de enfermagem têm influenciado e contribuído para a transformação das práticas de cuidar [...] (SILVA, 2006, p.140)

Portanto, o sofrimento dificilmente aparece como predominante no contexto organizacional, o que pode ser explicado pela necessidade inerente à condição humana de o indivíduo buscar constante prazer e evitar o sofrimento, fazendo com que estratégias sejam criadas e utilizadas para evitar, minimizar ou transformar o sofrimento. A categoria a seguir irá justamente discutir tais estratégias criadas.

Categoria II - Criando estratégias no processo de cuidar

A organização e as condições de trabalho são consideradas percussoras das pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas, podendo ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. O sofrimento gerado por circunstâncias laborais leva o trabalhador a um “estado de luta contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental” (DEJOURS, 2009, p.127).

Portanto, é imprescindível atentarmos para os riscos aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado que prestam à clientela e à sua própria saúde, com o intuito de identificar precocemente sinais de sofrimento laboral.

Vale lembrar que lidamos com dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. Este último ocorre quando todos os recursos defensivos foram utilizados, e o trabalhador já esgotou todas as estratégias coletivas ou individuais para se defender da carga psíquica gerada pelo trabalho. Já, no sofrimento criador, o trabalhador

desenvolve estratégias para lidar com as pressões laborais, podendo ser através de medidas coletivas ou individuais, ajudando-o a se adequar à organização do trabalho.

Segundo Dejours (2009), as estratégias defensivas permeiam:

[...] à modificação, transformação, e, em geral, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Tudo se passa como se, por falta de poder vencer a rigidez de certas pressões organizacionais irreduzíveis, os trabalhadores conseguissem, graças a suas defesas, minimizar a percepção que eles têm dessas pressões, fonte de sofrimento. (DEJOURS, 2009, p.128)

Para o desenvolvimento de estratégias é necessário que haja o primeiro contato com as fontes estressantes, deixando de ser passivo tornando-se ativo. Essas mudanças são apenas mentais, já que a organização tensional do trabalho continua estável, em que os trabalhadores desenvolvam sentimentos de esperança, expectativas em melhorias e promessas de felicidade. Tal fato pode ser compreendido pela seguinte fala:

“Você acaba assim... sabe que poderia se dar mais, mas não vê retorno. Então tento não pensar nisso e me focar nos pacientes, eles não tem culpa disso, então eu me foco neles, tentar fazer o melhor para eles, para pelo menos terem uma qualidade na diálise. Espero que mude que melhore, porque pior que está não dá pra trabalhar.”
(Enf 03)

A figura a seguir demonstra a síntese dos resultados oriundos dos 10 depoentes, referente às diferentes estratégias de defesa criadas frente ao processo de cuidar em hemodiálise.

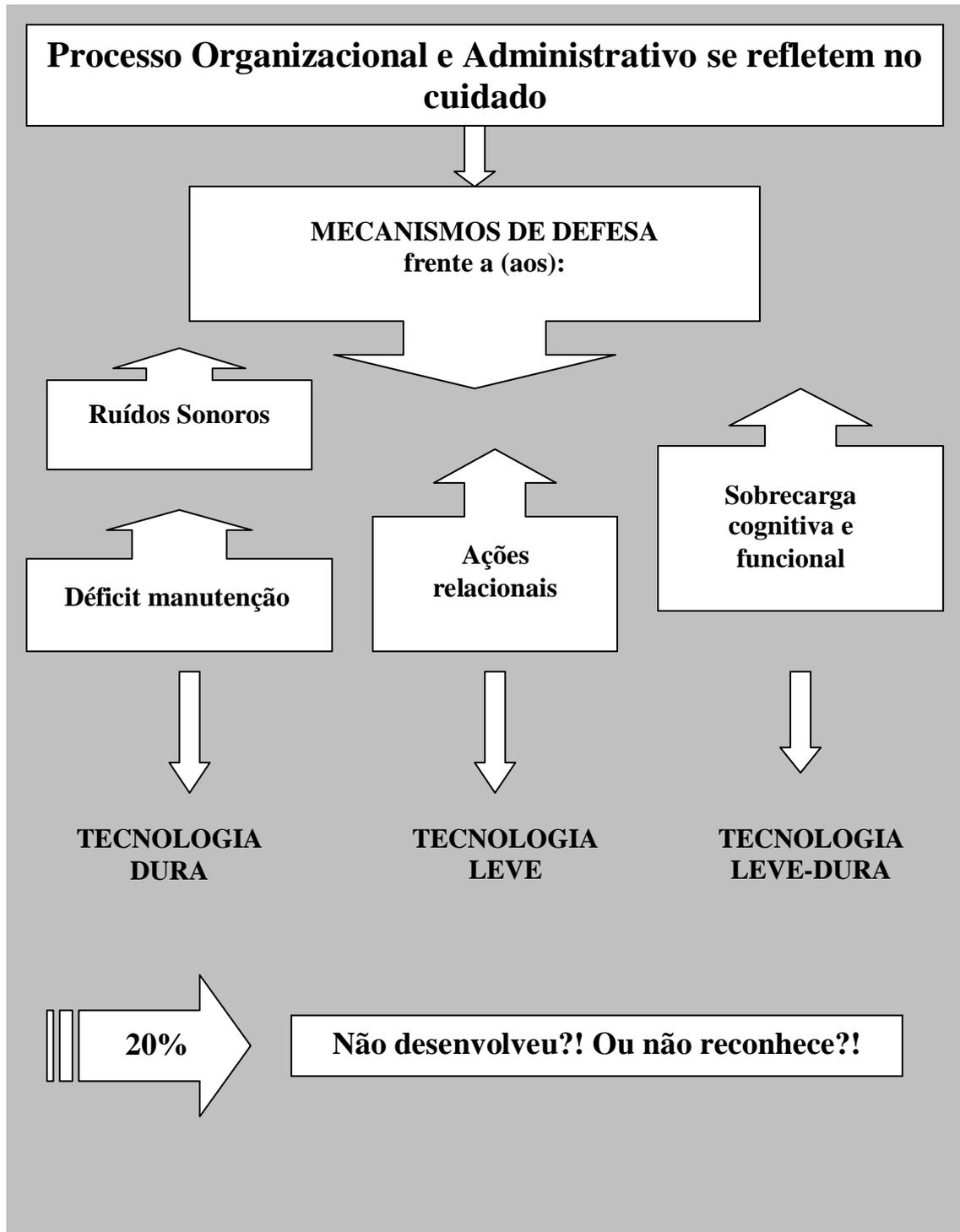


Figura 8 – Diagrama Representativo da categoria II - Criando estratégias no processo de cuidar

A ‘(des) organização’ do trabalho (administrativo e gerencial) desencadeia nos trabalhadores mecanismos de defesa mediadores da prevenção de sofrimento laboral. Uma organização de trabalho pouco flexível, onde o espaço de liberdade entre o trabalho prescrito e trabalho real não se difere emerge o sofrimento laboral, e para remediá-lo ou atenuá-lo, são criadas estratégias defensivas.

Então, é preciso que deixemos de lado aquela idéia de que o homem é motivado somente pelo salário ao final do mês, que nega sentir-se negligenciado frente ao descaso dos gestores com os “problemas cotidianos”, que se frustra com a falta de crescimento e a desvalorização. Cobranças constantes de tarefa cumprida, mas esquecendo-se do sucateamento que se encontra o serviço público e chefias omissas aos direitos dos trabalhadores. Reduzindo-os a peças ‘a mais’ no processo de produção.

E sim, atentarmos na singularidade, indivisibilidade do trabalhador que ao fazer o que gosta e do jeito que gosta, produzirá exaustivamente. Pois cada ser humano traz consigo sentimentos, expectativas, ambições, busca o reconhecimento pelo o que faz. Mesmo que para isso, tenham que criar ‘manobras’ frente às dificuldades encontradas, ou até mesmo impostas.

Ao observarmos o diagrama, identificamos que os três tipos de tecnologias, definidas por Merhy (1997) – a tecnologia dura (máquinas), leve-dura (conhecimentos estruturados) e leve (relacionais) – estão presentes neste elo entre sofrimento e a busca em evitá-lo. O enfermeiro, ao corporificar tecnologia, dimensiona a assistência prestada empregando os três tipos de tecnologias, pois elas se inter-relacionam e se completam na mediação do cuidado ao ser humano.

Desmistifica-se, portanto, a relação dicotômica historicamente existente entre tecnologia e cuidado, articulação esta que permeia discursos reducionistas, tendo como produto um cuidado julgado mecanizado, tecnicista e desumano. Alicerçados pelos resultados apresentados, concluímos que, indiferente do tipo de tecnologia investida no ato de cuidar, os trabalhadores são expostos, e, paralelamente a essas tensões, desenvolvem meios de se resguardarem do adoecimento laboral.

As exigências do trabalho na terapia hemodialítica juntamente com a qualidade do maquinário utilizado, potencializa a carga psíquica dita “negativa”, devido aos efeitos da sobrecarga cognitiva em ter que vigiar uma máquina, que momentaneamente encontra-se desabilitada em executar totalmente suas funções, reflexo da precariedade de manutenção técnica.

Os trabalhadores vivenciam tensão, insegurança e medo de perda do controle do estado clínico dos pacientes, sendo o sofrimento constatado a partir de queixas como: angústia, desgaste, estresse, tensão e insegurança. Conforme os depoimentos a seguir:

“Acredito que se houvesse manutenção das máquinas iria facilitar muito nosso trabalho, pois não alarmariam com tanta frequência, traria uma segurança maior como ferramenta de trabalho.” (Enf 03)

“A insegurança se faz presente pela máquina, não pela minha técnica, pois sei que a realidade que trabalho não há manutenção técnica adequada e freqüente das máquinas. E para conseguir dialisar o paciente preciso suprir ou até mesmo sabotar alguns passos que a máquina impõe. E isso me gera estresse (...), pois os parâmetros fornecidos não são fidedignos.” (Enf 02)

“A necessidade de burlar alguns passos da máquina, por falta de revisão técnica me gera muita tensão.” (Enf. 06)

O conflito não se dá em gerenciar o cuidado subsidiado por tecnologia dura, mas relaciona-se a uma organização administrativa e gerencial passivas diante do real trabalho executado, e pela não determinação de prioridades para se ter um ambiente seguro para a execução de um procedimento altamente invasivo e agressivo ao organismo do ser humano, que expõe a equipe à iatrogenias e à imprudência com os usuários do serviço.

O pressuposto teórico, fundamentado na literatura, baseia-se na tese de que o grau de (in)compatibilidade entre a tarefa e a atividade pode interferir positivamente ou negativamente nas vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores. Esta influência configura duas faces interdependentes: (a) dimensão negativa - quanto maior for o descompasso entre a tarefa e atividade, maior será o custo humano do trabalho, potencializando as vivências de sofrimento dos trabalhadores; e (b) dimensão positiva - quanto menor for o descompasso entre a tarefa e atividade, menor será o custo humano do trabalho, potencializando as vivências de prazer dos trabalhadores. (FERREIRA; BARROS, 2003, p.01)

Os profissionais mais jovens sofrem mais com a realidade apresentada, por não terem experiência em improvisar diante das falhas técnicas do maquinário, e preferem se ausentar do cuidado direto, priorizando as ações educativas.

“[...] priorizo as minhas atividades em ações educativas dos clientes, e isso me possibilita certo afastamento da atividade laboral e assistencial na hemodiálise.” (Enf 08)

Ou vivenciam a individualização da carga tensional, trazendo para si a responsabilidade.

“A tensão se relaciona diretamente com o maquinário, as falhas técnicas são constantes, não há uma revisão periódica, isso sim me gera estresse, pois posso fazer tudo certo, seguir todas as etapas, mas

se acontecer algum erro técnico a responsabilidade será minha.” (Enf 08)

Já os profissionais com maior tempo de experiência veem o imprevisto como algo corriqueiro, habitual, ao realizarem o procedimento.

“Sou satisfeito com o maquinário com o qual trabalho, apesar de não termos suporte técnico sempre que necessitamos, mas sempre damos um jeito, né!” (Enf 05)

A ansiedade em executar as tarefas sem delongas imprime em alguns trabalhadores a necessidade de tomarem para si decisões intuitivas, mesmo que isso implique em correr riscos, ou ter consequências nocivas para a segurança das pessoas, colocando-os “fora da lei”. (DEJOURS, 2009).

Nessas circunstâncias “[...] os trabalhadores esbarram nos riscos técnicos, pois o conjunto de macetes assim compartilhado permanece pragmático, fruto da experiência e observação, incompleto e pouco tranquilizador.” (OLIVEIRA; LISBOA; 2009 p.28)

Outro foco tensional relacionado à máquina se relaciona com os alarmes sonoros, que conduz os profissionais de enfermagem a vivenciar situações estressantes decorrentes do ambiente ruidoso, prejudicando a realização do trabalho por interferir na concentração, em alguns momentos, obrigando o enfermeiro a interromper o trabalho para atender ao alarme, que, por vezes, é consequência da falta de manutenção do aparato, ou por ter “burlado” algum parâmetro na tentativa de improvisar. A interrupção da tarefa dispersa o profissional, afeta o ritmo de trabalho e provoca maior esforço físico e mental nos trabalhadores.

[...] podem afetar a acuidade auditiva e demais órgãos, causando cansaço, irritação e estresse à equipe. Tais agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem repercutem no processo de trabalho, por acarretar lapsos de memória e maior esforço mental na realização das tarefas, expondo o grupo a riscos de acidentes e de erros na execução das tarefas. (OLIVEIRA; LISBOA; 2009 p.25)

Novamente identificamos a omissão do processo organizacional diante desta nocividade a que o trabalhador está exposto. Os responsáveis pelo serviço poderiam utilizar de manutenção técnica frequente e periódica, assim como do ajuste do volume dos alarmes, situações estas possíveis. Como apresentado a seguir:

“Acho que poderiam diminuir o volume do ruído sonoro dessas máquinas, já solicitei isso a chefia, mas não obtive resultado e nem mesmo uma ‘feedback’.” (Enf 10)

Os trabalhadores desenvolvem hábitos para apaziguar essa sobrecarga auditiva ao se utilizarem de meios de comunicação (TV, rádio), para que o som emitido por esses aparelhos

se sobressaia aos alarmes, mesmo que promova mais poluição sonora. A justificativa para essa ação encontra-se no desvencilhamento da realidade ou na banalização dos parâmetros sonoros, já que a confiabilidade dos alarmes é duvidosa, mediante os improvisos realizados.

“[...] ligar uma televisão, ou colocar uma musica no salão para me conectar as coisas que ocorrem lá fora, e acaba que esse som abafa os alarmes sonoros e não fica tão desgastante.” (Enf10)

Refletindo sobre as medidas defensivas impressas a partir das tecnologias leves-duras, identificamos que a necessidade de o enfermeiro assistencial ter que assumir e realizar atividades que não competem às suas atribuições causa a ele sobrecarga cognitiva e funcional, pois, ao enfrentar situações que excedem sua alçada, terá que responder, sem respaldo algum, por decisões imediatas que poderiam ser sanadas pelo real responsável.

“Sinto-me o tempo todo tampando buraco da chefia e dos outros colegas do dia, não é o trabalho que me aflige, mas sim a sobrecarga de funções.” (Enf 02)

“Aqui eu não tenho ‘feedback’ da chefia, trabalha eu e eu, cada plantão aqui nada muda, aqui nada é valorizado, você rema, rema e não chega a lugar nenhum.” (Enf 04)

“Meu principal sofrimento é relativo ao processo administrativo local, é a condução do processo que me causa angústia. A questão da manutenção técnica do maquinário, reposição de material, recurso humano... isso sim me estressa.” (Enf 03)

A sobrecarga cognitiva não se faz presente apenas na transmissão de responsabilidades, encontra-se também no dimensionamento dos profissionais em capacitação (residentes). Ao estarem em processo de formação, são alocados, por vezes sem o preceptor responsável, e, por serem graduados, se sentem responsáveis pela equipe técnica de enfermagem, além da sua inexperiência laboral em gerenciar prioridades e pessoas, sendo expostos à equipe e ao cliente, acarretando desmotivação, angústia e sofrimento. Esse incômodo está descrito nos depoimentos que se seguem:

“Por ter pouco tempo de formada quando entro na sala branca fico muito tensa, aflita, perdida, sempre angustiada, esperando acontecer alguma coisa.” (Enf 08)

“Sofri no início da residência, sabe! (...) ao ficar só em plantões de fim de semana, e ainda ter que me responsabilizar pela hemodiálise, transplante e diálise peritoneal, além do restante da equipe, já que eu era a única enfermeira de plantão. E os conhecimentos em nefrologia eram precários diante a magnitude dos problemas (...)” (Enf 01)

“Quando não se tem segurança no que se está fazendo acredito que me restrito a fazer o que sei e pronto.” (Enf 06)

Refugiam-se desenvolvendo estratégias de descontração, ao tecer comentários humorados, proporcionando momentos de riso, e o significado para isto é conseguir aliviar a carga tensional, e, conseqüentemente, o adoecimento.

Outro comportamento que atesta a necessidade de distanciamento encontra-se na necessidade de se ausentarem da sala. Mesmo que seja por poucos minutos, usam diferentes meios para dar uma volta pelos corredores, conversar com pessoas de outras unidades ou fazer um lanche fora do setor.

“[...] mas mesmo assim me sinto tenso, mas procuro conversar, fazer piadas, usar as chamadas da televisão e fazer graça. Sempre quando o salão está tranqüilo, saio da sala, dou uma volta nos outros setores, rapidamente, só para me distrair.” (Enf 02)

Segundo Lautert e Dal Pai (2009, p.63), as estratégias não são apenas criadas ou utilizadas diante o medo, “[...] mas também quando o desespero se instala pela demanda excessiva conseqüente da intensificação do trabalho. Dessa forma, frente à angustiante sensação de não conseguir dar conta das tarefas, lança-se mão de risos e piadas como recurso contra o sofrimento”. Ao executarem um trabalho árduo e intenso, há a necessidade de se “desligarem” do serviço, mesmo que momentaneamente, com o intuito de postergar o sofrimento e aliviar a carga cognitiva.

Passemos para tecnologia leve, a qual é identificada pela proximidade que a terapia possibilita entre equipe e cliente. Ao estabelecerem o convívio semanal, vivenciam situações inusitadas, não programadas, que se concretizam nas situações relacionais. Alguns depoentes sentiam dificuldade em gerenciar a proximidade que o serviço dispõe, e acabavam se distanciando, com medo de transpor a ética profissional e para evitar o desgaste emocional, como apresentado a seguir:

“(...) o vínculo estabelecido com o cliente e os familiares no início me gerava certo desgaste, pois estabelecia amizades e quando ocorria algo me deixava sensibilizado, mas no decorrer dos 20 anos acredito ter aprendido a lidar com isso.” (Enf 05)

Pesquisas realizadas com enfermeiros descrevem o distanciamento como:

[...] meio de regular as emoções e desempenhar o cuidado de forma eficaz. Por outro lado, essa estratégia torna as profissionais distantes e automatizadas, diante das necessidades de apoio emocional aos pacientes. A despersonalização do profissional tem sido considerada uma forma de proteção contra o sofrimento vivenciado. (LAUTERT; DAL PAI, 2009, p.05 apud LAZARUS, 1986)

Considera-se que a criação de estratégias de enfrentamento caracterize a relação de adaptação, ou até mesmo sobrevivência, desses enfermeiros no processo de trabalho, os quais se encontram cercados por maquinário sem manutenção adequada, executando um cuidado promissor de ações relacionais, com repasse de responsabilidades, proveniente de um processo organizacional e administrativo defasado.

E, mesmo ao vivenciar essas situações desfavoráveis para o processo do trabalho, alguns profissionais não acreditam ou não sabem reconhecer estratégias defensivas inseridas no seu cotidiano ao cuidar.

“Acredito não possuir, pois sou muito realizado no que faço, não criei nenhuma limitação.” (Enf 04)

“Ahn (...) nestes 20 anos de profissão com certeza criei estratégias, mas não sei te relatar quais seriam. Gosto do que faço, então tento sempre superar as dificuldades, e quais são elas não sei lhe dizer.” (Enf 05)

Entendemos que alguns mecanismos de defesa nem sempre são conscientes ou objetivados, mas sempre estarão presentes no cenário do trabalho, pois o trabalho prescrito é diferente do trabalho real. E ainda que haja flexibilidade de normas institucionais, o trabalhador tende a inserir sua subjetividade e identidade no processo de trabalho.

[...] os conflitos organizacionais têm caráter positivo, quando são utilizados como fatores desencadeantes de mudanças pessoais, grupais e organizacional, que impulsionam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade. Entretanto, esses podem tornar-se prejudiciais à organização, se não forem conduzidos corretamente, interferindo de forma negativa na motivação dos trabalhadores. (SPAGNOL et al., 2009, p.804)

Dessa forma, entende-se que é comum estabelecer estratégias coletivas ou individuais de defesa, as quais desempenham um papel relevante na capacidade de desenvolver resistência aos efeitos desestabilizadores que o sofrimento causa.

A cooperação entre os trabalhadores, na luta contra o agravo laboral, resulta na cumplicidade e troca de vivências, pois comungam das mesmas aflições, medo, angústia de não serem capazes de seguir as cadências ou os limites, o receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia. Mesmo que alguns profissionais consigam lidar com maior facilidade que outros diante das cargas tensionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que o uso de tecnologias no processo de cuidar tem sido objeto de estudo em diferentes áreas do saber. Na enfermagem, tal preocupação, apesar de incipiente, tem como tema principal, na maior parte das pesquisas, a relação do cuidado humano *versus* o cuidado desumanizado, mecânico.

Nesta pesquisa nos preocupamos em identificar os sentimentos decorrentes do conflito ao prestar um cuidado auxiliado por tecnologias, como também as estratégias defensivas criadas com o intuito equilibrar o sofrimento laboral e o prazer.

A partir dos resultados apresentados, conseguimos “visualizar” o conflito de sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao executar cuidados hemodialíticos. Entre eles destacam-se a questão da despersonalização do profissional, a sobrecarga cognitiva pela transferência de responsabilidades, e o reflexo no processo de cuidar de um sistema organizacional deficitário e omissos.

Pensando sobre a tecnologia dura, deveríamos deixar de descrevê-la como condição externa à constituição humana, pois tais avanços tornaram-se essenciais no cenário do cuidado, em que o suporte subsidiado por máquinas, além de favorecer segurança ao profissional durante o procedimento, também garante a sobrevivência desta população acometida.

Considerando que o ambiente, por ser repleto de tecnologias, e onde o cuidado é orquestrado por uma máquina, existe a dependência do profissional para com a máquina a fim de realizar o cuidado, como também a dependência do corpo do cliente para ter uma “vida normal”, ou até mesmo se manter vivo.

O descompasso do trabalho prescrito do trabalho real reflete diretamente no processo de cuidar, visto que o enfermeiro necessita de uma máquina habilitada, livre de danos, para confiar no cuidado executado. E quando a confiabilidade no aparato é duvidosa, expõe a equipe a iatrogenias, mesmo que a intenção seja suprir e dar continuidade a terapia, e por vezes essa dependência gera sofrimento.

As tecnologias relacionais, ditas tecnologias leves, e as condições de trabalho proporcionam uma proximidade entre cliente e enfermeiro, podendo gerar sobrecarga emocional, ou até mesmo a antevisão da morte e a possibilidade de vivenciar o agravo em seus familiares.

A sobrecarga cognitiva e funcional pôde ser identificada na fala dos depoentes, ao relatarem que executam tarefas não compatíveis com suas atribuições e com um poder decisório sem respaldo moral e legal, e ainda a pressão em desempenhar o cuidado com a

mesma experiência esperada dos veteranos, podendo emergir o sofrimento laboral, caso as estratégias defensivas não sejam criadas.

Tais cargas tensionais são oriundas da inserção das tecnologias – ditas leves-duras – no processo de cuidar, em que os conhecimentos estruturados são abalados por conhecimentos práticos, às vezes sem fundamentação teórica, mas eficazes ao improvisar, e a inexperiência laboral confere insegurança e exposição do trabalhador. Em que a inventividade no processo do trabalho imprime aos profissionais sentimentos de prazer ao serem reconhecidos pela equipe e clientes.

No processo organizacional e administrativo deficitário verificam-se a transferência de responsabilidades a enfermeiros em processo de capacitação e a omissão da chefia com relação ao déficit da manutenção técnica, recurso humano desfalcado, expondo os trabalhadores a realizarem improvisos, burlando passos que conferem segurança na execução da terapia.

Contudo para evitar o adoecimento laboral alguns profissionais desenvolvem mecanismos de defesa, ao ausentarem-se do cenário em que se dá o cuidado (sala de diálise), promover momentos de descontração, ao se utilizarem de TV, músicas e piadas, e até mesmo se distanciam das ações assistenciais, priorizando ações educativas em que seu conhecimento teórico não será posto em dúvida.

Portanto, indiferente do tipo de tecnologia inserida no cuidado, o enfermeiro deverá manejar os agravos decorrentes das relações no processo de cuidar, pois todas possuem fatores nocivos à saúde do trabalhador, não importa se for auxiliado por uma máquina, ou não. Prevalecem, nesse contexto, o sofrimento criador e a expectativa de melhorias no processo administrativo e organizacional do trabalho.

Ao gerenciar as adversidades, amenizando o sofrimento laboral, os trabalhadores deixam transparecer sentimentos de prazer. O enfermeiro, ao possibilitar que o cliente tenha uma “vida normal”, melhor qualidade de vida, adesão e compreensão das restrições alimentícias, físicas e sociais que a terapia oferta, e ser reconhecido por esse feito, terá satisfação em trabalhar. E ao compreender que é protagonista deste processo de cuidar consegue identificar a importância de fazer o que se gosta, do jeito que gosta, indiferente das dificuldades encontradas.

Enfatizamos que nossa inquietação em compreender o processo que envolve o prazer, o sofrimento e as estratégias defensivas nos remete a constatações que contribuíram não apenas para a efetivação de um trabalho científico, como também constituiu uma reflexão

sobre o direito de cidadania que o trabalhador exerce no ambiente de trabalho, e o valor social conferido ao homem ao poder desenvolver-se como trabalhador e pessoa.

Dessa forma, estamos certos de que conseguimos alcançar os objetivos propostos, embora saibamos que talvez tenhamos encontrado apenas o “ponto de partida” para as futuras reflexões acerca dessa temática. Considerando a fragilidade, principalmente dos dados quantitativos que foram utilizados na complementação dos qualitativos, às vezes, sendo necessário atingir um número maior de participantes, ou até mesmo estender a pesquisa a outros serviços, como os particulares, ou instituições sem o aporte de profissionais em processo de capacitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANSEMI, M. L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E. L. S. "**Sobrevivência**" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2001, vol.9, no. 04, p.13-18. ISSN 0104-1169.
2. ARANHA, M. A. L. A. & MARTINS, M.H.P. **Filosofando – Introdução à Filosofia**. 1997. São Paulo: Editora Moderna.
3. BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; SOUSA, A.L.; MONEGO, E. T. **Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde**. *Revista Brasileira Enfermagem*; 56 (5): 574-576, set.-out. 2003.
4. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
5. _____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. **Diário Oficial da União**. Brasília 17 de junho de 2004. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Portarias/resolucao154.pdf>>. Acesso em: 23 agosto de 2010.
7. BRASIL. Lei nº8745, de 09 de DEZEMBRO de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 DEZ. 1993.
8. BRASIL. Ministério a Saúde. **Política Nacional de Atenção ao portador de doença renal**. Portaria nº. 1168/GM em 15 de junho de 2004b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
10. CODO, W., SAMPAIO, J.J.C. & HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento – uma abordagem interdisciplinar**. 1993, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

11. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** Coordenação Maria Irene Stocco Betiol; trad. Maria I. S. Betiol [et alii]. São Paulo: Atlas, 2009, 145f.
12. DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. **As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes.** Acta Paul Enferm, 2006; 19(4): 394-401.
13. FERREIRA, M.C.; BARROS, P. de C. da R. **(In)Compatibilidade Trabalho Prescrito - Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sufrimento dos Trabalhadores: Um Diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho.** *Revista Alethéia*, Ulbra, Canoas, RS, 2003, 20 p.
14. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
15. _____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
16. GOMES, A.M.T., OLIVEIRA, D.C. **Formação profissional e mercado de trabalho em enfermagem.** R Enferm UERJ 2004; 12:265-71.
17. GUARESCHI, P.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador.** 1993. Petrópolis/RJ: Vozes.
18. HAAG, G.S.; LOPES, M.J.M.; SCHUCK, J.S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** 2ªed. Goiânia: Editora AB, 2001.
19. HADDAD, M.C. **Proposta de implementação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, 1998, dez; 32 (4): 307-13.
20. LAMAS, B.S.C. **Trabalho e prazer: pólos opostos ou um continuum?** Psico, v. 2, 119 - 132.
21. LAUTERT, L. **A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital.** Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999.
22. LAUTERT, L; DAL PAI, D. **Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem.** Acta Paul Enfermagem, 2009; 22 (1):60-5.
23. LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. **Reflexões sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise.** Revista Nursing, São Paulo, n. 30, p. 20-23, 2000.
24. LINO, Margarete Marques; CALIL, Ana Maria. **O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão.** Rev. Esc. Enferm. USP, Dez 2008, vol.42, no. 4, p.777-783. ISSN 0080-6234

25. MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. **Enfermeiros com deficiência física adquirida reflexões sobre o cuidado e o cuidar em enfermagem.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.1 n. 2, p. 321-28, 2002.
26. MENDES, A.M. & ABRAHÃO, J.I. **A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer e sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica.** 1996, Teoria e Pesquisa, v.2, 179-184.
27. MENDES, A.M. & LINHARES, N.J.R. **A defesa como uma estratégia frente ao sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiros de UTI.** Revista Brasileira de Enfermagem, 1996, v.2, 267 – 280.
28. MENDES, A.M. et al. **Validação do Inventário do Trabalho de Riscos de Adoecimento- ITRA.** Trabalho apresentando no VI Congresso de Psicologia Norte Nordeste, Salvador. 25 a 28 de maio, 2005.
29. MENDES, A.M. **Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores.** 1995. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.23, 55-60.
30. MENDES, A.M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional.** 1999. Brasília: UNB (tese de doutorado).
31. MENDES, A.M.; TAMAYO, A. **Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho.** Psico-USF, v.6, n.1, p.39-46, jan./jun. 2001.
32. MENDES, R.; DIAS, E. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.25, n.2, p. 139-49, 1991.
33. MENDES, V. M. T. V. **O trabalho na produção de saúde: abordagens teóricas.** Itajubá. UNIFEI, 2005. 76p. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Itajubá).
34. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.
35. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
36. MORRONE, C.F. **“Só para não ficar desempregado” – resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais.** 2001, Dissertação (Mestrado em Psicologia), Brasília: UNB, apud JAYET, C. Psychodynamique du travail au quotidien.1994, Paris: AleXitérie.
37. NOULIN, M. (1992). **Ergonomie.** Toulouse: Éditions Techniplus.

38. OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. **Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de Enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009, jan-mar; 13 (1): 24-30.
39. PADILHA, M.I.C.S., MANCIA, J.R. **Florence Nigthingale e as irmãs de caridade: revisitando a história.** Rev Bras Enferm., 2005, nov-dez; 58(6):723-6.
40. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
41. PRADO, ML; BACKES, VMS; REIBNITZ, KS; CARTANA, MHF; ABE, KL; ROCHA, PK. **Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2009, Jul-Set; 18(3): 475-81.
42. QUEIROZ, S.G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008, 97f.
43. ROCHA, P.K. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2008 ,jan-fev; 61(1): 113-6.
44. RODRIGUES, A.M.M. **Por uma Filosofia da Tecnologia.** In: Grinspun MPSZ, organizador. Educação Tecnológica: desafios e perspectivas. 2a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001.
45. SANTORUM, K.M.T. **O significado do trabalho: algumas considerações no âmbito da psicologia.** 1995. Barbarói, v. 3, 59-86.
46. SCHNEIDER, D.G., MANSCHEIN, A.M.M.; AUSEN, M.A.B.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE,G.L. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 81-9.
47. SILVA, R.C.L. **O Significado do Cuidado em Terapia Intensiva e a (Des)construção do Discurso de Humanização em Unidades Tecnológicas .** Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2006. (Tese)
48. SPAGNOL, C.A.; SANTIAGO, G.R.; CAMPOS, B.M.O.; BADARÓ, M.T.M.; VIEIRA, J.S.; SILVEIRA, A.P.O. **Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (3):803-11
49. STOCKER M. E.; HEGEMAN, E. **O Valor das Emoções.** São Paulo, Palas Athena, 2002, 408f.

50. VARGAS, M. A. de O; MEYER, D. E. **Re-significações do humano no contexto da 'ciborguização': um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva.** Rev Esc Enferm USP, 2005; 39 (2):211-9.
51. VIEIRA, A.L.S. **Perfil do nível elementar de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro: caracterização da demanda para a profissão.** Rev. Bras.Enf., n.45, v.1, p.15-20, 1992.
52. VIEIRA, D.F.; FERNANDES, T.M.S.; CROSSETI, M.G.O. **Enfermagem em Terapia Intensiva.** In: Mena Barreto SS, Vieira SRR, Pinheiro CTS (org). Rotinas em Terapia Intensiva. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 613-34, 2001.
53. VIGOTSKI, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
54. WALDOW, V.R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estrutura

• Caracterização dos participantes

- ✓ Sexo: () Feminino () Masculino
- ✓ Idade: _____ anos
- ✓ Tempo de formação como enfermeiro: _____ anos
- ✓ Especialista em Nefrologia: () sim () não
- ✓ Especialista em outra área? () não () sim Qual? _____
- ✓ Vínculo empregatício: () estatutário () contrato temporário () residente
- ✓ Tempo de atuação em Nefrologia: _____

Sentimentos experimentados no processo de cuidar dos clientes em hemodiálise

Questionamentos:

- ✓ Que sentimentos você experimenta durante a realização da diálise?
- ✓ Dos sentimentos que você apontou, quais deles você considera sentimentos de prazer e quais são considerados como sentimentos de sofrimento?
- ✓ Existe alguma relação destes sentimentos com os equipamentos e máquinas empregadas durante a diálise? Por quê? Quais?
- ✓ Esses sentimentos trazem alguma implicação para a prática de cuidar durante a diálise? Por quê?
- ✓ Que estratégias são utilizadas para minimizar as sensações consideradas de sofrimento durante a realização da diálise?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem / UNIRO estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Prazer e sofrimento do profissional de enfermagem no uso de tecnologias relacionadas no cuidado de enfermagem a nefropatas”.

Esta pesquisa tem como objetivos: Identificar os sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados por enfermeiros que prestam cuidados a nefropatas; Discutir como os sentimentos de prazer e sofrimento implicam na prestação do cuidado do enfermeiro durante a terapia dialítica com a utilização de tecnologias duras

Para realização desta pesquisa, os procedimentos para coleta de dados utilizados foram ter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização da Direção do Hospital.

Esclarecemos que todas as **informações** concedidas serão **mantidas sob sigilo**, e que servirão para conformar o presente estudo. Assim, os entrevistados a qualquer momento poderá **optar por não responder** as questões e o **registro das entrevistas individuais serão anônimos**.

Além disso, assumo o compromisso ético de garantir a inexistência de quaisquer riscos ao entrevistado, caso se recuse em participar ou responder as questões.

Tem como finalidade deste estudo, permitir reflexões sobre as tecnologias do cuidado, na atuação do enfermeiro indo além da atividade técnico-científica, pois a rotina laboral desses profissionais envolve um cenário de dor, sofrimento, esperança e cura. Além de contribuir na produção de conhecimento no campo da enfermagem e da saúde do trabalhador.

Atenciosamente,

Enfª Greice Petronilho Prata

(Pesquisadora Responsável)

Tel. (21) 3258-9472

(21) 94333724

Eu, _____, declaro **estar ciente** da finalidade da pesquisa. A explicação recebida esclarece os riscos e os benefícios do estudo, que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa, sem justificar minha decisão. E ainda, que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar do estudo.

Estando ciente de tudo o que foi exposto, concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Voluntário

APÊNDICE C - Cronograma de atividades

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	2009		2010	
	1° Sem.	2° Sem.	1° Sem.	2° Sem.
Revisão do projeto de pesquisa				
Levantamento bibliográfico				
Envio ao Comitê de Ética em Pesquisa				
Coleta e tratamento dos dados				
Análise e discussão dos resultados				
Considerações finais				
Elaboração da dissertação				
Divulgação dos resultados				

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
Rio de Janeiro, 10 de março de 2010	
Do: Comitê de Ética em Pesquisa Prof ^ª . Patrícia Maria C. O. Duque Para: Aut. Greice Petronilho Prata Orient. Prof ^ª . Joanir Pereira Passos	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2593-CEP/HUPE – CAAE: 0023.0.228.000-10) "PRAZER E SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO USO DE TECNOLOGIAS DURAS RELACIONADAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM A NEFROPATAS" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.</p> <p>O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.</p> <p>O Comitê de Ética solicita a V. S^ª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.</p>	
 Prof ^ª . Patrícia Maria C. O. Duque Membro do Comitê de Ética em Pesquisa	
	
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TÉRREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030 TEL: 21 2587-6353 – FAX: 21 2264-0853 – E-mail: cep-hupe@uerj.br	

ANEXO B - FOLHA DE ROSTO DO SISNEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 312239	
Projeto de Pesquisa Prazer e Sofrimento do profissional de enfermagem no uso de tecnologias duras relacionadas no cuidado de enfermagem a nefropatas					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Diag.				Grupo Grupo III	Nível Diagnóstico
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos Saúde do Trabalhador, Tecnologias do Cuidado, Enfermagem, Prazer e Sofrimento do Trabalho, Nefropatas					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 12	Total Brasil 12	Nº de Sujeitos Total 12	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Greice Petronilho Prata			CPF 015.154.196-57	Identidade 1101519657	
Área de Especialização ENFERMAGEM			Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA HUMAITÁ, N 229 APTO 309			Bairro HUMAITÁ	Cidade RIO DE JANEIRO - RJ	
Código Postal	Telefone 21 2587 6225 / 21 25273404		Fax	Email greiceprata@msn.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____					
Data: ____/____/____			Assinatura		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUPE - RJ			CNPJ 33.540.014/0001-56	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Nefrologia			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. 28 de Setembro 77 Térreo			Bairro Vila Isabel	Cidade Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 20551030	Telefone 21 25876100		Fax 21 25876100	Email hupe@uerj.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____					
Data: ____/____/____			Assinatura		