

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Prazer, Sofrimento e Riscos de Adoecimento dos
Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Unidade de
Terapia Intensiva de um Hospital Público do DF**

Djalma Ticiani Couto

Brasília, 2008

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Prazer, Sofrimento e Riscos de Adoecimento dos
Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Unidade
de Terapia Intensiva de um Hospital Público do DF**

Djalma Ticiani Couto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Helena Eri Shimizu

Brasília, 2008

DJALMA TICIANI COUTO

**PRAZER, SOFRIMENTO E RISCOS DE ADOECIMENTO DOS ENFERMEIROS E
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM
HOSPITAL PÚBLICO DO DF**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília.

Professores que compuseram a banca:

Presidente da Banca: Prof^a Dr^a Helena Eri Shimizu

Membro Efetivo: Prof^a Dr^a Anadergh Barbosa-Branco

Membro Efetivo: Prof^a Dr^a Ana Magnólia Bezerra Mendes

Membro Suplente: Prof. Dr Edgar Merchan Hamann

Brasília, 25 de fevereiro de 2008.

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar*

Cora Coralina

Dedicatória

A Deus , criador, paciente, benigno e digno de honra. Sem ti nada posso fazer.

A minha querida esposa, companheira, eterna namorada, amiga incansável, pelo apoio incondicional, sem você com certeza, nada disso seria possível, te amo muito.

Ás minhas preciosas filhas, amores da minha vida, peço desculpas pela ausência, agradeço os empurrões, as levantadas de moral como: “vai lá pai você consegue”, e pela compreensão durante essa caminhada.

Ao meu pai, pelas orações, o incentivo e pelo exemplo que sempre foi e será em minha vida.

A vocês o meu amor, minha vida e dedico este trabalho.

Agradecimentos

Durante esta longa jornada, contei com muitas pessoas, sendo que algumas foram especiais. Registro aqui a minha gratidão e meu respeito:

A Deus acima de tudo.

À Prof. Dra Helena Eri Shimizu, na condução, orientação, compreensão, paciência e competência que tornaram possível a concretização desta dissertação.

À Prof. Dra Anadergh Barbosa-Branco, pela oportunidade concedida para iniciar na vida acadêmica, também pelas orientações técnicas, força e incentivo no final desta pesquisa.

À Prof. Dra Ana Magnólia Bezerra Mendes, por valorizar, acreditar, colaborar e liberar os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo.

Ao Prof. Dr Edgard Merchan Hamann, pelo apoio, avaliação do trabalho estatístico e pelo professor amigo e companheiro que é mesmo sem muito tempo.

Aos estatísticos Luciana Gaieski Greve e Guilherme Viana, pela transcrição dos dados e tratamento dos mesmos.

À Vanessa Braga, pelo esforço e apoio técnico a distância, concedido no tratamento dos resultados e tabelas.

À Mestre e Doutoranda Keila Maria Dias Carmo Lopes, pelo apoio, amizade, horas dedicadas a orientação na finalização deste trabalho.

À Prof. Irene Lage de Britto, pela formatação e revisão deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho e gestores da CASSI, pelo apoio recebido, compreensão e as concessões durante a elaboração deste estudo.

A Dione Bezerra, Larissa Picarelli e Thiago Taveira, pela colaboração na finalização deste estudo.

Aos profissionais das UTIs do Hospital de Base, pelo profissionalismo, dedicação e competência no cuidar, e também por participarem deste estudo, possibilitando que ele se tornasse realidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP – Desvio Padrão

ESRT – Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho

EPST – Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

ITRA – Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento

Ma – Média

Md – Mediana

n – Frequência Absoluta

SES – Secretaria de Estado e Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences for Windows

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

% - Percentual

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar os fatores causadores de prazer, sofrimento e sinais de adoecimento em enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam num serviço de terapia intensiva e comparar a ocorrência desses sinais e sintomas no início e final de carreira. Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, utilizando duas escalas do tipo Likert: a *Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho* (EPST) e a *Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho* (ESRT). Os dados foram coletados entre setembro de 2006 e janeiro de 2007, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal. Participaram do estudo 122 profissionais de saúde, pertencentes às categorias enfermeiros e técnicos de enfermagem. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, com o software SPSS 12.0. Os dados foram avaliados de acordo com as escalas ESRT e EPST quanto à existência de sentimentos de prazer, sofrimento e danos à saúde no início e final da carreira. Na escala ESRT, os resultados indicam que os danos físicos para os enfermeiros obtiveram escores discretamente superiores aos dos técnicos de enfermagem, com medianas 2,8 e 2,5, médias 2,7 e 2,6 e DP \pm 0,7 e 0,8 respectivamente; Tanto para os *danos psicológicos* quanto *sociais*, enfermeiros e técnicos apresentaram escores muito semelhantes, mediana 1,7 e média 1,8 com DP \pm 0,6/08. Na análise da EPST, os fatores que indicam o prazer também apresentaram resultados semelhantes entre as duas categorias, com destaque para *realização profissional*, com medianas 3,2 e 3,1, médias 3,2 com DP \pm 0,8 e 0,9 respectivamente e para o fator *liberdade de expressão* esses escores foram: medianas de 3,6, médias de 3,6 e DP \pm 0,7; Para os fatores indicadores de sofrimento as diferenças entre as categorias foram maiores, como para o fator *esgotamento profissional* mediana 3,5 e média 3,2 com DP \pm 0,9 e os técnicos de enfermagem mediana 2,8 e média 2,8 com DP \pm 0,9; o fator *falta de reconhecimento* obteve a mediana 3,2 e média 3 com DP \pm 0,7 e os técnicos de enfermagem com mediana 2,6 e média 2,6 com DP \pm 0,8. Conclui-se que o trabalho na UTI, para ambas as categorias, provoca danos físicos moderados e danos psicológicos e sociais suportáveis. Os dados não se alteram entre as categorias, nem em relação ao tempo de trabalho. Quanto ao prazer e sofrimento, para ambas as categorias, o prazer no trabalho em UTI encontra-se em níveis satisfatórios; a liberdade de expressão, para os enfermeiros, aumenta no final da carreira, mantendo-se inalterado para o técnico de enfermagem. O esgotamento profissional encontra-se em nível moderado para ambas as categorias, mas para os técnicos de enfermagem, esses sintomas estão aumentados no início da carreira.

Palavras chave: prazer, sofrimento, riscos de adoecimento, terapia intensiva, equipe de enfermagem; enfermeiros, técnicos de enfermagem.

ABSTRACT

This paper aims at identifying the causes for pleasure, suffering and signs of illness in nurses and technicians who perform intensive care services. It also compares the occurrence of those symptoms at the beginning and end of professional's career. A descriptive and transversal research using two Likert scales: "EPST"(acronyms for suffering and pleasure at work scale) and "ESRT" (symptoms related to work scale) were used. The data was collected between September 2006 and January 2007, in the Intensive Care Unit at the "Hospital de Base do Distrito Federal". One hundred and twenty two health professionals took part in the research. The quantitative data analysis was made through descriptive statistics using the software SPSS 12.0. The data from both scales, ESRT and EPST, were compared taking into consideration the existence of the feelings of pleasure and suffering together with health damage to the nurses and technicians at the beginning and the end of their career. In the ESRT scale the result shows that the physical damage to the nurses has a score slightly above the technicians' (median average 2,8 and average 2,7 with $DP \pm 0,7$, and in the technicians the numbers are respectively 2,5 and 2,6, with $DP \pm 0,8$). In the *psychological damages*, the nurses had a median average of 1,7 and average 1,8 with $DP \pm 0,6$ and the technicians 1,7 and 1,8, with $DP \pm 0,8$. In *social damages*, the nurses had median average of 1,5 and average 1,7, with $DP \pm 0,7$ and the technicians median average 1,4 and average 1,7 with $DP \pm 0,7$. In the EPST analysis, the factors that indicate pleasure had, in the item professional fulfillment, for the nurses, median average 3,2 and average 3,2, with $DP \pm 0,8$. For the technicians, it showed median average 3,1 and average 3,2, with $DP \pm 0,9$. The topic *freedom of speech* showed, for the nurses, median average 3,6 and average 3,6, with $DP \pm 0,7$ and the same numbers for the technicians. The topics indicating suffering showed, *for professional exhaustion*, median average 3,5 and average 3,2, with $DP \pm 0,9$ for the nurses, and median average 2,8 and average 2,8 with $DP \pm 0,9$ for the technicians. The topic *lack of recognition* had a median average 3,2 and average 3,0 with $DP \pm 0,7$ for the nurses, and for the technicians median average and average 2,6 with $DP \pm 0,8$. We may come to the conclusion that, the Intensive Care Unit services, for both categories, cause physical damages at moderate and relevant levels and the psychological and social damages are at acceptable levels. Those damages are not the same for both categories, neither at the beginning nor at the end of their career. In relation to pleasure and suffering, for both categories, the study concluded that the pleasure at work is found to be in a satisfactory level. We may highlight that, in the topic *freedom of speech*, for the nurses, this ability improves towards the end of their career. However, it remains steady all along the technician's career. *Professional exhaustion*, for both categories, is perceived at moderate levels. But for the technicians, those symptoms are more significant at the beginning of their career.

Keywords: pleasure, suffering, risk of illness, intensive care, nursing team, nurses, technicians

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição e percentual dos enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo gênero, estado civil e escolaridade.....	29
Tabela 2: Característica dos enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo idade e tempo de serviço na instituição, no cargo e horas semanais trabalhadas.....	30
Tabela 3: Número de empregos referidos pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	31
Tabela 4: Frequência de realização de atividades físicas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	31
Tabela 5: Frequência de opções de lazer referida pelos profissionais estudados.....	32
Tabela 6: Média e desvio padrão dos valores de avaliação da Realização Profissional, Liberdade de Expressão, Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem, EPST	33
Tabela 7: Valores de avaliação da Realização Profissional, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, EPST.....	34
Tabela 8: Valores de avaliação da Liberdade de Expressão, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, EPST.....	35
Tabela 9: Valores de avaliação do Esgotamento Profissional, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, EPST.....	36
Tabela 10: Valores de avaliação da Falta de Reconhecimento, com média, mediana e desvio padrão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem,EPST.....	36
Tabela 11: Mediana e média e desvio padrão dos danos físicos, psicológicos e sociais dos enfermeiros e técnicos em enfermagem.....	45
Tabela 12: Valores de avaliação dos Danos físicos, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala ESRT.....	46
Tabela 13: Valores de avaliação dos Danos psicológicos, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, ESRT.....	47
Tabela 14: Valores de avaliação dos Danos sociais, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, ESRT.....	48
Tabela 15: Informações estatísticas para os danos físicos, psicológicos e sociais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no início em final de carreira, segundo o teste de Kruskal Wallis.....	60
Tabela 16 - Variáveis estatísticas dos sentimentos de Prazer e Sofrimento no Trabalho, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, no início e final de carreira, segundo o teste de Kruskal Wallis.....	60

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO.....	3
OBJETIVOS	9
CAPÍTULO 1	
BASES CONCEITUAIS	10
1.1 A Psicopatologia e a psicodinâmica do trabalho	10
1.2 O Desgaste no trabalho da enfermagem	15
CAPÍTULO 2	
ORGANIZAÇÃO DA UTI.....	21
CAPÍTULO 3	
MÉTODO	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Local do estudo.....	23
3.3 População	24
3.3.1 Amostra	24
3.4 Instrumentos de pesquisa	25
3.5 Aspectos éticos relacionados com a pesquisa.....	26
3.6 Coleta de dados.....	27
3.7 Análise dos dados	27
CAPÍTULO 4	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Caracterização da amostra.....	29
4.2 Apresentação dos resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho	32
4.2.1 Realização Profissional.....	33
4.2.2 Liberdade de Expressão	34
4.2.3 Esgotamento Profissional	35
4.2.4 Falta de Reconhecimento	36
4.3 – Discussão dos resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho.....	37
4.3.1 Realização Profissional.....	37
4.3.2 Liberdade de Expressão	38
4.3.3 Esgotamento Profissional	40

4.3.4 Falta de Reconhecimento	41
4.4 Apresentação dos resultados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho	
(ESRT)	45
4.4.1 Danos Físicos	46
4.4.2 Danos Psicológico	46
4.4.3 Danos Sociais	47
4.5 Discussão dos dados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho	
(ESRT).....	48
4.5.1 Danos Físicos	48
4.5.2 Danos Psicológicos	51
4.5.3 Danos Sociais	55
CAPÍTULO 5	
TESTES ESTATÍSTICOS	59
5.1 Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho.....	59
5.2 Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho.....	60
5.3 Comparativo dos dados dos dados encontrados nas escalas para o início e final	
de carreira.....	60
CONCLUSÃO	62
Referências	64
Anexos	72

APRESENTAÇÃO

A opção pela escolha profissional na área de saúde deu-se no início de minha adolescência, quando da perda de um ente querido de forma súbita e traumática. Essa escolha se firmou ante a persistência do questionamento sobre qual teria sido o motivo da morte dessa pessoa tão importante em minha vida (minha mãe) e como seria possível, no percurso profissional então escolhido, ajudar outras pessoas que porventura necessitassem de cuidados.

Sou o filho caçula de uma família mista de imigrantes italianos e migrantes nordestinos, e após minha mãe ter sido vítima de acidentes vasculares cerebrais seguidos, passei a cuidar de sua saúde, administrando-lhe medicamentos e realizando outros afazeres.

Após o término do Ensino Médio, ingressei na graduação em enfermagem, interessando-me por temas voltados para áreas críticas como centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva (UTI), setores com os quais mais sentia afinidade, justamente por envolverem atendimento e cuidados mais complexos.

No período de estágios, comecei a observar que os profissionais vivenciavam sentimentos de angústia relativos ao trabalho, sendo somente anos depois encarados como situações problema, já que meu questionamento, na época, resumia-se a tentar compreender como eles faziam para suportar a carga de trabalho, o desgaste físico pelos plantões, o manuseio dos pacientes, a convivência constante com o sofrimento do outro, a dor e a morte.

Concomitantemente, a convivência com pacientes também causava um alto nível de ansiedade, de dor física, de medo da morte e de insegurança. Durante o tratamento, eram realizados procedimentos invasivos, o que aumentava muito meus questionamentos referentes ao sofrimento dos profissionais de saúde.

Confesso que, em alguns momentos, cheguei a me inquirir se seria mesmo essa carreira profissional que eu deveria seguir. Mas com a convivência com os pacientes, fui ganhando forças para continuar e, mesmo refletindo inúmeras vezes sobre o fato de lidar com situações extremas, o desejo de servir falou mais alto, porque o objetivo era a vida do outro.

Após os estágios, iniciei minha carreira em um centro cirúrgico e pude observar que os profissionais tinham características muito diferentes. Alguns estabeleciam um contato com o paciente de forma clara, com paciência, dando valor a suas queixas, abrindo-se com o paciente até sobre outros assuntos que não o seu problema, quebrando barreiras como medos e

mitos do setor onde trabalhavam. Eles tinham um cuidado especial com o doente e com a realização de procedimentos técnicos corretamente. Outros, porém, cumpriam o estritamente necessário e, muitas vezes, com “má vontade”, reclamando dos procedimentos que lhes eram solicitados, chegando a ser até descorteses com os pacientes.

Nos primeiros três anos em que atuei como enfermeiro de centro cirúrgico e como chefe de unidade de clínica médica, tive a oportunidade de conviver com as angústias vivenciadas pelos profissionais, pelos pacientes e por seus familiares, diante das situações de doença e morte. Destaco a angústia dos profissionais da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, por lidar com tais situações, porque os parentes dos pacientes solicitam com muita frequência apoio desses profissionais.

Após 11 anos de serviço no centro cirúrgico, na emergência e em clínica médico-cirúrgica, tive a oportunidade de ir para uma UTI, o que me motivou muito, pela complexidade do trabalho realizado com o paciente e pela necessidade de conviver com uma equipe de enfermagem que gostava de cuidar dos pacientes em estado grave. Mas, ao mesmo tempo, vivia uma intensa angústia pelo grande número de procedimentos complexos que eram realizados, com manipulação de vários equipamentos complexos e objetivando ser preciso em meus atendimentos, pois qualquer lapso de atenção ou vacilo técnico, poderia custar a vida do paciente.

Um dos fatores observados que contribui para o desgaste dos profissionais é o clima organizacional da unidade, que por ser dinâmico, de atividade intensa, tem constante necessidade de intervenção, ante a probabilidade de morte de um ser humano.

Na graduação, considerando a especificidade das tarefas, particularmente as de enfermagem, os alunos não são preparados para enfrentar as situações vividas em uma UTI. Embora se tenha conhecimento dos aspectos psicossociais envolvidos no trabalho, não há preparo suficiente para o cuidado individual de pacientes em estado grave. Diante dessa realidade, conclui-se que o conteúdo transmitido deveria ser aprofundado.

Assim, busquei no Mestrado em Ciências da Saúde, pesquisar como o prazer, o sofrimento e os riscos de adoecimento eram percebidos pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, no trabalho em UTI.

INTRODUÇÃO

No século passado, o mundo do trabalho foi marcado por transformações, destacando-se, a partir da revolução tecnológica, novas formas de gestão adotadas pelas empresas, em decorrência do grande fenômeno da globalização. A isso agregam-se processos de reestruturação da produtividade, para minimizar crises da área capitalista, e a criação de novas formas de acúmulo de capital (VIEIRA, 2005). Tais aspectos interferem, direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, em todas as áreas, inclusive a da saúde.

Paralelamente, abre-se uma janela para a nova realidade no mundo do trabalho e salienta-se, nesse contexto, a oferta de emprego, que se reduz, por um lado, com a automação das indústrias e se amplia por outro, com a ampliação do segmento de serviços ao *status* de *indústria de serviços* (VIEIRA, 2005).

Pode-se observar que, com a expansão do setor de prestação de serviços, houve crescimento do número de hospitais com a mais alta sofisticação em diagnóstico e qualidade técnica do corpo clínico especializado, como as UTIs.

As UTIs são ambientes nos quais se desenvolve a assistência a *pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves, sob potencial de desenvolvê-las ou sob condições críticas de desequilíbrios de saúde* (LINO, 1999, p.2). Essas unidades são caracterizadas e delimitadas pela concentração de recursos materiais e humanos, que funcionam como facilitadores do atendimento a uma demanda assistencial de natureza altamente complexa.

Para Lino (2004), a organização física e espacial das UTIs tem como finalidade a concentração de pacientes em condições e com semelhanças relativas quanto à gravidade de seu estado de saúde, bem como a concentração de recursos materiais com sofisticação tecnológica, cujo objetivo maior é a eficácia no atendimento.

Os pacientes críticos necessitam tanto da atenção constante dos profissionais que ali trabalham, devido a sua instabilidade clínica, quanto dos procedimentos técnicos complexos e diferenciados, realizados por meio de equipamentos e materiais especializados, visando à manutenção da vida.

A equipe de enfermagem tem papel preponderante no cuidado aos pacientes críticos, pois é ela que permanece a maior parte do tempo na cabeceira de seu leito, reconhecendo seus sinais e sintomas e provendo-os da atenção necessária.

No processo de trabalho da enfermagem em UTI, o enfermeiro tem como atribuição a gestão da unidade e da assistência de enfermagem, que implica organizar todo o processo de cuidar, ou seja, desenvolver o planejamento, a execução e a avaliação da assistência e dos recursos materiais necessários.

Cabe lembrar que, em relação à gerência de recursos humanos, os enfermeiros têm como função a organização do trabalho coletivo e a supervisão da equipe de enfermagem, assumindo a responsabilidade pelo trabalho executado por técnicos e auxiliares de enfermagem. Portanto, eles são responsáveis pela segurança dos pacientes, mesmo quando esses são assistidos por outros da equipe de enfermagem. Há insegurança, estresse e angústia pelo fato de eles absorverem esses encargos, atingindo níveis elevados de exigências relativas a suas próprias atitudes e comportamentos (LINO, 2004 *apud* PADILHA, 1994; SHIMIZU, 1996).

Salienta-se que o despreparo dos enfermeiros para o gerenciamento da assistência aos pacientes tem impactado juntamente com outros fatores não menos importantes na respectiva qualidade, a qual se torna insatisfatória e gera sentimentos de desprazer e de frustrações na equipe. O despreparo gera insegurança, que gera estresse, que gera sofrimento, revestido de inúmeros desvios de saúde.

Esse despreparo e a insegurança podem ter origem na falta de apoio social aos profissionais, seja um apoio da instituição, de seu gestor direto ou mesmo de um confidente dentro do seu setor de trabalho.

Um estudo realizado no noroeste do Reino Unido, com 1162 enfermeiros em 4 organizações diferentes, mostra que enfermeiros cuja instituição valoriza seu trabalho relatam significativa melhora na saúde pessoal. Segundo esse estudo, o sentimento dos enfermeiros diante do cuidado da instituição com sua saúde constitui um importante fator de satisfação no trabalho (BRADLEY; CARTWRIGHT, 2002). Isso indica que instituições que não levam em conta a saúde de seu pessoal e a boa organização do respectivo trabalho tendem a não apresentar um ambiente organizacional favorável à satisfação profissional e, em consequência, à eficácia no resultado dos serviços, pois há uma relação direta entre satisfação no trabalho e resultados alcançados.

Quanto ao profissional técnico de enfermagem, reconhece-se que ele tem um trabalho árduo, pois presta cuidados diretamente ao paciente. Invariavelmente, seu trabalho consiste no cumprimento de escalas rotineiras sob a supervisão do enfermeiro, o que tolhe sua

criatividade e capacidade laborativa frente às situações surgidas, levando ao sofrimento psíquico.

Os cuidados aos pacientes críticos exigem, da equipe de enfermagem, rapidez nas tomadas de decisão, senso de responsabilidade elevado na priorização das ações, resoluções de problemas complexos, contínua reorganização das atividades devido a interrupções freqüentes, gestão de grande e variável número de informações, em decorrência de tratamentos simultâneos, e inúmeras intervenções requeridas pelas condições clínicas críticas.

Portanto, o trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem de UTI é caracterizado por incertezas, instabilidades, variabilidade de situações e imediatismo. Desse modo, envolve níveis elevados de conhecimento, de habilidades e de competências, de controle psicomotor, afetivo e cognitivo, o que pode gerar crises sociais e esgotamento.

De modo geral, quando um profissional está em crise ocupacional, há uma relação entre essa crise e as negativas de afetividade; por exemplo: raiva e irritação surgem quando um merecido resultado positivo não é atingido, e alguém é culpado pela situação prejudicial. Depressão, por sua vez, geralmente tem como base a percepção da perda ou a ausência de recompensa, causada por circunstâncias que, em consequência, são combinadas com negativa futura, esperança e ausência de ação, de prontidão (HUTRI; LINDEMAN, 2002).

Essas autoras identificaram ainda que as crises no trabalho tem causas associadas à insatisfação profissional, gerada por diversos motivos: econômicos, frustração no trabalho, mudanças organizacionais, entre outros. Entre os profissionais ameaçados de perder o emprego, o maior índice foi o dos profissionais com problemas de relacionamentos interpessoais no trabalho. Esses foram considerados as maiores causas de estresse para o desenvolvimento de esgotamento e de crise no trabalho em nível social.

Pode-se afirmar que a densidade do trabalho dos profissionais enfermeiros merece um ambiente organizacional que proporcione a mínima condição para que eles, além de prestarem uma assistência digna ao paciente, ainda tenham garantida a própria saúde.

A Norma Regulamentadora NR-17, voltada para a ergonomia, visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a lhes proporcionar o máximo de conforto, de segurança e de desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem desde aspectos relacionados com o levantamento, com o transporte e com a descarga de materiais até o

mobiliário, os equipamentos, as condições ambientais do posto de trabalho e a própria organização do trabalho. Essa organização, para efeito da citada NR, deve levar em consideração, no mínimo, as normas de produção, o modo operatório, a exigência de tempo, a determinação do conteúdo de tempo, o ritmo de trabalho e o conteúdo das tarefas (BRASIL, 1990).

Pelo fato de a equipe de enfermagem estar se confrontando de forma quase permanente com o sofrimento e a morte de seus semelhantes, ela passa a ter como determinante o lidar com sentimentos ambíguos que lhe são depositados tanto pelo paciente, como por seus familiares. Isso requer que os trabalhadores mantenham certa constância em sua capacidade de ser continente e de elaborar estratégias de mediação para suportar a carga psíquica que envolve a situação de trabalho. Assim, evitam tensões que cumulativamente ameaçam a integridade de sua saúde, que com a sobrecarga da parte psíquica evolui para um quadro de patogenia (SHIMIZU, 1996).

Saliente-se, entretanto, que o trabalho realizado por enfermeiros e técnicos de enfermagem nesse ambiente, embora necessário, é de pouco reconhecimento social; é desvalorizado e invisível aos demais profissionais da área de saúde, inclusive aos olhos da clientela que busca ser atendida (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Ademais, acrescente-se que, atualmente a assistência de enfermagem nas instituições públicas, em geral, tem sido penalizada com a deficiência dos recursos humanos e materiais que interferem diretamente na qualidade da assistência prestada à população.

Lunardi Filho (1995) citou uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem em hospitais públicos, a qual retrata o sofrimento dos profissionais com as condições de trabalho no seu cotidiano. Para esse autor, a deterioração do ambiente tem levado a categoria a uma situação de crescente evasão e alta rotatividade, promovendo o aumento do desgaste tanto físico como mental dos trabalhadores remanescentes, uma vez que as atividades são redistribuídas entre os que permanecem, sem possibilidades de manutenção da qualidade prevista para a prestação do atendimento.

Levanta-se a hipótese de que as vivências de bem-estar e de mal-estar em uma UTI devem ser altas, por causa dos enfrentamentos de situações desgastantes a que os profissionais são expostos constantemente. Alguns estudos mostram que o trabalho de enfermagem em diversas dessas unidades, devido a sua dinamicidade e complexidade, gera duplos sentimentos: satisfação (prazer) e frustração (sofrimento) concomitantes, o que pode levar a

riscos consideráveis de adoecimento (SHIMIZU, 1996, 2000; LINHARES, 1994; LINO, 2004).

Segundo Mendes (2004), o sofrimento no trabalho caracteriza-se como vivências individuais ou compartilhadas, muitas vezes inconscientes, que têm origem nas situações contraditórias de desejo/necessidade do trabalhador e na realidade da produção. Contribuem para essa ocorrência as situações frustrantes e os sentimentos de insegurança, de inutilidade e de desqualificação para o trabalho. Geralmente, os efeitos dessas situações se manifestam sob forma de esgotamento emocional, físico e social.

A despeito de possíveis influências negativas verificadas no contexto organizacional, o significado positivo do trabalho está sendo redescoberto como meio de prevenir e de superar os efeitos negativos do ambiente, por meio de uma linha que enfatiza as experiências subjetivas positivas na melhoria da qualidade de vida dos atores e na prevenção de patologias (LINO, 2004).

O prazer no trabalho decorre de experiências de reconhecimento, de gratificação, de orgulho e de identificação com um serviço que atende as necessidades pessoais e as profissionais.

A liberdade para pensar, organizar e falar sobre seu trabalho contribui positivamente para a saúde mental do trabalhador. Segundo Dejours (1994; 1998), a identidade do indivíduo sofre transformações mediadas pelas experiências profissionais. Essas experiências, quando positivas, ajudam a enriquecer a identidade do indivíduo, levando ao máximo o desenvolvimento de seu potencial; quando negativas, causam o empobrecimento da personalidade, encaminhando o indivíduo a um embotamento afetivo, ou seja, a um “apagamento” de manifestações afetivas. Tais experiências também causam a incapacidade de o profissional se defrontar com os próprios sentimentos, o que pode levá-lo a esconder, de si mesmo, o sofrimento psíquico, suas vivências afetivas dolorosas.

Referindo-se ao sofrimento, Dejours (1998, p.10) explicou que ele representa

um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental [...] quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patológico.

Esse sofrimento aumenta paulatinamente, na medida em que aumenta o esforço do trabalhador e que ele não pode satisfazer as expectativas criadas no plano material, afetivo,

social e político. Por isso, segundo Dejours (2001), trabalhar não é realizar atividades produtivas, mas implica também conviver. E uma instituição de trabalho racional deve se preocupar tanto com a eficácia técnica de seu corpo funcional, como desenvolver situações referentes à convivência, a regras de sociabilidade, pois o mundo social do trabalho inclui a proteção e a realização do ego, isto é, inclui a saúde e o mundo subjetivo.

Autores como Alexandre (1998), Lunardi Filho, (1995) e Sentone *et al.* (2002) salientaram que o cuidado direto de pessoas fisicamente doentes ou lesadas, associado a longas jornadas de trabalho, à baixa remuneração, ao duplo emprego e à execução de tarefas desagradáveis acarreta prejuízos à saúde mental, leva a acidentes de trabalho e até ao encurtamento do período de vida. Sem muitas escolhas, os cuidadores submetem-se a condições e ambientes de trabalho que contribuem significativamente para o sofrimento. Em um mundo marcado pelo sofrimento e pela dor, como podem esses profissionais buscar encantamento e prazer em seu trabalho? Nenhuma atividade está isenta de propiciar satisfação ou desgaste físico ou mental. Porém, dependendo de fatores oriundos de sua própria natureza (da atividade), de sua organização e das condições dessa organização, os referidos fatores podem estar manifestados em maior ou menor grau.

É importante a análise da situação de trabalho de forma compartilhada com um grupo de trabalho, a fim de identificar o grau de satisfação, as necessidades e os desejos individuais e coletivos. Além disso, destaca-se a relevância de verificar se ocorre a mediação bem sucedida dos conflitos e das contradições gerados em determinado contexto de produção. (FERREIRA; MENDES, 2003)

Esta pesquisa é relevante na medida em que tem como premissa compreender o prazer, o sofrimento e os danos físicos, psíquicos e sociais relacionados com o trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Ademais, há necessidade de aprofundamento das situações do dia-dia do trabalho que impactam direta ou indiretamente na atuação profissional, as quais devem ser previstas por esses profissionais e pelos gestores para rever o modo de organização do processo de trabalho.

Assim, ao final desta pesquisa, os resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de planos de ação que possibilitem a diminuição do sofrimento, a reorganização do trabalho, objetivando a manutenção da saúde e por fim minimizando ou até evitando o adoecimento dos trabalhadores que estiverem inseridos neste contexto de trabalho.

OBJETIVOS

Objetivo geral: analisar o prazer, o sofrimento e os riscos de adoecimentos em enfermeiros e técnicos de enfermagem de UTI.

Objetivos específicos:

- Identificar os sentimentos de prazer e de sofrimento no trabalho;
- Identificar os riscos de adoecimento, os sintomas físicos, psíquicos e sociais, causados pelo trabalho na UTI;
- Comparar os níveis de prazer, de sofrimento e os riscos de adoecimento no início e final da carreira.

Capítulo I

BASES CONCEITUAIS

1.1 A Psicopatologia e a Psicodinâmica do Trabalho

Dejours (2004) traçou um panorama histórico da psicopatologia do trabalho, esclarecendo que ela nasceu entre os anos de 50/60 na França, tendo como principais pesquisadores L. Le Guillant, C. Veil, P. Sivadon, A Fernandez-Zoïla, J. Bégoïn. Seus estudos fizeram referência, direta ou indiretamente, à causa do sofrimento, partindo de investigações das adversidades do trabalho, que possivelmente desencadeavam distúrbios psicopatológicos.

Em meados dos anos 70, segundo esse autor, foi publicado a “Loucura do Trabalho”, de autoria de Dejours, que tinha como propósito mudar a visão da organização do trabalho, inspirado na rígida força do fordismo e do taylorismo. Em decorrência dessa forma de organização, constatou-se que os indivíduos envolvidos no processo não eram passivos diante dos constrangimentos organizacionais, sendo capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos a sua saúde mental. Eles sofriam, mas exerciam a liberdade na construção de estratégias defensivas individuais para evitar sofrimentos. Convém salientar que, desde a primeira fase da pesquisa sobre o desenvolvimento da psicopatologia do trabalho, não mais se focalizaram as doenças mentais, sendo a atenção voltada para o sofrimento e para as defesas, portanto, para aquém da doença mental descompensada.

Em 1980, Dejours (2004) questionou: “Para que serve a psicopatologia do trabalho?” Ela parecia uma disciplina especializada no campo da saúde, naturalmente dedicada à análise, à superação e, eventualmente, ao tratamento de doenças mentais. A psicopatologia geral tinha como objetivo elucidar o significado das condutas humanas, sem propor ações; apenas restringia-se ao cumprimento do trabalho analítico. Ela também levava o pesquisador à idéia de que a organização do trabalho mostrava uma série de problemas humanos irredutíveis às questões de poder. Como disciplina e objetivo de pesquisas, a psicopatologia do trabalho passou do *status* de ciência fundamental, produtora de conhecimento e de teoria, ao *status* das outras ciências ligadas à história. E foi com esse fundamento que as investigações e os debates prosseguiram durante vários anos.

Esse autor distanciou-se desse modelo causal, estimulado pelas críticas cada vez mais abundantes, com um deslocamento qualitativo que foi ganhando corpo e se desenvolveu, com

a proposta de uma nova nomenclatura designada “psicodinâmica do trabalho”. Essa nomenclatura foi baseada no pressuposto de que nenhum trabalho, em si, gera doença mental.

A psicodinâmica do trabalho tem suas raízes epistemológicas nas ciências hermenêuticas, segundo as quais o conhecimento é construído com base na interpretação do sentido dos fenômenos. Ela se originou na França, nos anos 80, com os estudos de Dejours sobre a psicopatologia do trabalho (anos 50), passando a denominar-se psicodinâmica nos anos 90. Trata-se, portanto, de uma disciplina relativamente jovem e em fase de construção (FERREIRA; MENDES, 2003)

Na psicodinâmica, o trabalho pode ser fonte de prazer ou de sofrimento, podendo esse ser enfrentado por meio de estratégias de mediação individual ou coletiva, utilizadas pelos trabalhadores em contradição às diferentes situações de trabalho. O efeito do trabalho sobre a saúde é geralmente silencioso, deixando de ser apreendido somente pelo conhecimento médico (ASSUNÇÃO, 2003).

Ferreira, Mendes e Borges (2002) explicaram que o trabalho tem três pressupostos: ele é uma fonte de prazer; suas condições podem transformá-lo em algo penoso e doloroso; ele é, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento, levando o trabalhador a lutar constantemente pelo prazer e a evitar o sofrimento, como forma de manter o equilíbrio psíquico.

O modelo da psicodinâmica do trabalho tem como objeto de estudo o aspecto saudável das atividades no respectivo ambiente, significando que o sofrimento vivenciado deve-se ao ajustamento do profissional às necessidades do serviço, as quais são impostas pelas pressões a ele inerentes; isso, porém, não ocorre permanentemente. Pode-se afirmar, então, que o sofrimento não é patológico, podendo ser visto como um alerta para se evitar o adoecimento, que acontece quando os trabalhadores não utilizam estratégias de defesa para vencer as adversidades da organização laboral. Por outro lado, quando o profissional se utiliza dessas estratégias, muitas vezes se depara com o estresse.

O desenvolvimento da identidade do sujeito é uma premissa da psicodinâmica do trabalho que depende do tipo e do conteúdo da tarefa executada, bem como do significado e da relação que o profissional tem com o serviço. Como fonte de sofrimento que impede a realização plena do sujeito, o trabalho desencadeia sintomas físicos e psíquicos devido à incompatibilidade de tarefas com o contexto pessoal e à relativa incapacidade do profissional para lidar com essa realidade. O trabalho é transformado em fonte de prazer à medida que os

trabalhadores conseguem modificar situações de sofrimento, por meio de mecanismos de mobilização subjetiva e coletiva, promovendo assim, vivências de prazer, manutenção e promoção da saúde.

As tentativas dos sujeitos de transformar situações adversas em busca constante de prazer, evitando o sofrimento, são configurações da psicodinâmica para a melhoria da saúde no contexto de trabalho. Por isso, comportar-se saudavelmente no ambiente de trabalho não implica ausência de sofrimento, porque não se pode atingir plenamente as necessidades de cada indivíduo, sejam elas internas ou externas. Esse comportamento é possível por meio da consciência de suas causas, dos conflitos e das frustrações (MENDES; CRUZ, 2004).

Essas autoras afirmaram que o maior desafio imposto à psicodinâmica do trabalho como teoria é esclarecer a forma como as pessoas lidam com as dificuldades e pressões inerentes às situações de sua atividade.

A psicodinâmica do trabalho consiste em analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação do sofrimento empregadas na busca da saúde, levando em consideração a subjetividade no trabalho, como resultante da interação entre o sujeito e as dimensões do contexto de produção de bens e serviços.

A psicodinâmica do trabalho foi definida como *a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho [...] análise dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho* (DEJOURS, 2004, p. 49).

A psicodinâmica do trabalho tem interesse pelas relações subjetivas e intersubjetivas dos indivíduos em sua situação de trabalho e busca descobrir como os trabalhadores equilibram as exigências do serviço com seus desejos pessoais. Interessa, ainda, à psicodinâmica, o modo como os trabalhadores agem para se proteger dos aspectos negativos de cada instituição (FOSSA; FIGHERA, 2004)

Para Vieira (2005), a psicodinâmica centra-se no estudo da normalidade e é entendida como saudável, não como normal. Por isso, investiga a condição em que os trabalhadores conseguem manter a saúde e evitar o adoecimento, ter sua produtividade efetiva e, acima de tudo, entender como o trabalho pode propiciar vivências de prazer e de sofrimento.

A psicodinâmica do trabalho abriu caminho para abordagens amplas, não contemplando apenas sofrimento, mas também o prazer no trabalho.

Dejours (2004) procurou elucidar o significado das condutas humanas, contribuindo para a minimização do sofrimento no trabalho, na perspectiva de que a organização, de certa forma, coloca lado a lado uma série de problemas humanos de forma irredutível, bem como questões relacionadas com o poder, em torno das quais a instituição se estrutura e se organiza.

As estratégias defensivas foram definidas como um mecanismo por meio do qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer. É um processo estritamente interno do indivíduo, uma vez que ele geralmente não muda a realidade da pressão patogênica imposta pela organização do trabalho (DEJOURS, 1994).

O autor ainda afirmou que a utilização de estratégias defensivas coletivas deve estar em harmonia com as defesas individuais, para garantir a economia psíquica do trabalhador. Entretanto, isso nem sempre ocorre, gerando conflitos e tensões internas que podem comprometer o funcionamento psíquico do sujeito.

O trabalho contém elementos que influenciam a imagem que se tem do trabalhador, o que se torna razão para um tipo de afeto negativo: o sofrimento. Dois tipos de sofrimento podem ser distinguidos: o criador e o patogênico. O primeiro é a transformação do patológico por meio da ressonância simbólica que permite a negociação do desejo do trabalhador com a realidade do trabalho. Quando a situação, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funciona como um mediador de desestabilização e da fragilização da saúde. Sofrimento e prazer são provenientes da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, isto é, são produtos dessa dinâmica, das relações subjetivas e de poder, das condutas e das ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho (DEJOURS, 1994).

A transformação do sofrimento em criatividade depende de um elemento importante, a ressonância simbólica, e essa, por sua vez, ocorre quando há compatibilidade entre as representações simbólicas do sujeito, seus investimentos e a realidade de trabalho.

Mendes (1994) explicou que a ressonância é a reconciliação entre o inconsciente e os objetos de produção. Na maioria das vezes, os preconceitos rígidos e o controle da organização não permitem ou até limitam a ressonância simbólica, devido às exigências de responsabilidades, à separação entre o trabalho real e o prescrito e entre concepção e execução.

A organização do trabalho é o resultado de um processo, no qual estão envolvidos diferentes sujeitos que interagem com uma determinada realidade, impondo uma dinâmica de interação própria às situações de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003).

Ainda no tocante à organização do trabalho, esses autores afirmaram que as situações alteram a percepção dos profissionais, a pessoal, dos outros e da própria atividade, o que resulta em uma subjetividade no trabalho, muitas vezes diferente de sua própria subjetividade. Tais percepções podem ser de prazer ou sofrimento.

O que é a vivência do sofrimento no trabalho? O sofrimento foi definido como uma vivência de certa forma inconsciente, individual, podendo ser compartilhada por uma equipe de profissionais envolvidos em experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança. Essas são oriundas de conflitos e de contradições originadas pelo confronto entre o desejo e a necessidade do trabalhador (FERREIRA; MENDES, 2003).

O sofrimento tem sua origem nos males que o trabalho causa ao corpo, à mente e às relações socioprofissionais. Uma das principais causas do sofrimento são as dimensões da organização, das condições e das relações de trabalho. Algumas formas de manifestação do sofrimento podem ser: ansiedade, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste no trabalho

Como definir as vivências de prazer no trabalho? O prazer também é uma vivência individual e/ou compartilhada por uma equipe de profissionais, porém com experiências gratificantes advindas da satisfação dos desejos e das necessidades do trabalhador (FERREIRA; MENDES, 2003).

O prazer é realmente o oposto ao sofrimento e tem sua origem no bem que o trabalho faz ao corpo, à mente e às relações entre as pessoas. Suas principais causas encontram-se nas dimensões da organização, constituindo um dos antecedentes de bem-estar no trabalho sob a forma de uma avaliação consciente de que algo vai bem e também um indicador de saúde. O prazer se manifesta por meio da gratificação, da realização, da liberdade e da valorização no trabalho.

Essa dupla possibilidade de vivências oportuniza, aos trabalhadores, a construção de estratégias defensivas que são mecanismos, muitas vezes, inconscientes, individuais ou coletivos, de negação ou de racionalização do sofrimento, causados por contradições e conflitos vivenciados no ambiente de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003).

1.2 O Desgaste no Trabalho de Enfermagem

O estudo das relações entre saúde-doença-trabalho tem merecido a atenção de muitos pesquisadores, que as destacaram como fatores que causam prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores: prolongadas jornadas de trabalho; ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas; automação devido à realização de ações repetitivas, com parcelamento de tarefas e remuneração baixa, em relação à responsabilidade e complexidade dos serviços executados. Em tais situações, muitas vezes o trabalho deixa de significar satisfação (prazer), ganhos materiais e serviços sociais úteis, para se transformar em insatisfação (sofrimento), exploração, doença (adoecimento) e morte.

Ferreira e Mendes (2003), tratando do adoecimento no trabalho, esclareceram que as condições de trabalho são constituídas de elementos estruturais representados pelas condições objetivas do *lôcus* de produção, que caracterizam sua infra-estrutura e as práticas administrativas (ambiente físico, instrumentos, equipamentos, matéria-prima, suporte organizacional e política de pessoal).

Esses autores apontam como elementos estressores no trabalho os seguintes:

- sobrecarga causada por urgência de tempo, responsabilidade excessiva, ruído, redução da qualidade do sono;
- falta de estímulo, de apoio ou de suporte social-afetivo, causando tédio, solidão, subinvestimento da capacidade de trabalho, falta de perspectivas;
- constrangimentos organizacionais, decorrentes de mudanças constantes, da adição de novas tecnologias (as do mercado e as auto-impostas), de conflitos profissionais e de problemas de natureza ergonômica.

Os efeitos e as conseqüências do estresse, do sofrimento e do adoecimento no trabalho são: absenteísmo, produtividade e qualidade dos serviços prestados, doenças ocupacionais (psicossomáticas), abandono comportamental ou emocional do trabalho, qualidade de vida dos próprios trabalhadores e das organizações, comprometimento das relações familiares e sociais.

E os fatores causadores da satisfação e do prazer no trabalho são: natureza do trabalho, relação com a chefia, salário, promoção, relação e suporte dos colegas, trabalho desafiante, recompensas equilibradas e boas condições de trabalho.

Elias e Navarro (2006) afirmaram que o hospital é considerado um ambiente insalubre, e as áreas críticas, como as UTIs, no contexto hospitalar, de maneira geral, são reconhecidas como ambientes, além de insalubre, penosos e perigosos para os que ali trabalham. Autores como Pitta (1991) e Navarro (2006) indicaram o hospital como o local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e de doenças de ordem física, aos quais os trabalhadores estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum, principalmente diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, freqüentes entre técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem exercem uma profissão classificada como a quarta ocupação de maior estresse no setor público (FERREIRA; MENDES, 2002, *apud* COOPER; MITCHELL, 1990).

Já o adoecimento é um processo de sofrimento freqüente e intenso, quando não são atingidos resultados satisfatórios em seus enfrentamentos. Esses são originados nas frustrações decorrentes da não realização do desejo ou de sua restrição e da padronização e da homogeneização dos comportamentos organizacionais, que inviabilizam os acertos necessários à manifestação de uma atividade autêntica. Vê-se, então, que adoecer vem da impossibilidade de negociação com a organização, em virtude de um fracasso das estratégias de defesas individuais e coletivas ou de seu uso exaustivo, terminando em adoecimento (VIEIRA, 2005).

Sentone *et al.* (2002) esclareceram que o grau de insatisfação dos profissionais da equipe de enfermagem, em especial o desgaste do técnico de enfermagem, é causado pelas situações de trabalho nos hospitais. Salientaram que o ritmo e a carga de trabalho, o grau de autoritarismo das chefias e as poucas probabilidades de ascensão profissional conduzem tal situação à organização do trabalho. Por sua vez, os elementos presentes nesse contexto levam à identificação daqueles envolvidos na gênese do sofrimento do trabalhador, principalmente quando a organização é autocrática. Para lidar com o sofrimento do outro, o técnico de enfermagem aprende a desenvolver estratégias defensivas, mas quando não consegue, sofre.

Esses autores explicaram, ainda, que o adoecimento gerado em uma organização de trabalho é reflexo do contexto sociocultural e econômico e tem como principais antecedentes o prazer e o sofrimento. Tais antecedentes ocorrem frente a situações, principalmente de sofrimento, que levam o indivíduo à elaboração de estratégias de enfrentamento e de

transformação em defesa do prazer; porém, quando isso não se dá, instala-se o adoecimento. O indivíduo no trabalho, para alcançar a saúde, precisa manter uma luta constante, a fim de encontrar formas de evitar o sofrimento ou até mesmo de transformar o contexto no qual está inserido. A psicodinâmica busca entender como esse mecanismo ocorre e em qual momento as defesas irão se encaixar para realizar as mediações de manutenção ora da saúde, ora do adoecimento.

O trabalho da enfermagem é caracterizado pela aglutinação de condições de risco para a atividade, como: serviço nos finais de semana, carga horária semanal superior a 40 horas, serviços noturnos, cuidado dos pacientes, manipulação e administração de quimioterápicos, exposição a radiações ionizantes, transporte de macas com pacientes obesos, entre outros. Os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos aos riscos provenientes das precárias condições de trabalho, responsáveis em grande monta por adoecimentos (ESTRYN; BEHAR, 1996).

O ambiente hospitalar manifesta aspectos específicos associados à carga de trabalho excessiva, quais sejam: viver situações de limite, tensão elevada e riscos constantes no ambiente para todos os integrantes da equipe. A necessidade de funcionamento 24h, que justifica a necessidade de escalas em turnos e plantões, propicia a ocorrência de duplas e longas jornadas de trabalho, muitas vezes em mais de um emprego. Essa situação é bastante comum entre os trabalhadores da saúde, principalmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si sós, danificam sua integridade física e psíquica (PITTA, 1991).

Nessa perspectiva, pode-se observar que o transformar da organização do trabalho é o ponto-chave para o processo de mudança, o que possibilitará ao sujeito interferir no sofrimento por meio de ações, não visando a anulá-lo, mas transformando-o eventualmente em prazer, um prazer reapropriado pela ação (VIEIRA, 2005).

Shimizu e Ciampone (1999), ao pesquisar o trabalho vivenciado por profissionais de enfermagem em UTI, afirmaram que esses percebem o trabalho como desgastante. Por isso, utilizam-se de estratégias defensivas como negação, projeção e distanciamento para suportar o sofrimento, pois a atividade não é reconhecida pela maioria dos familiares e pelo próprio paciente, que demonstra sempre gratidão aos médicos.

De acordo com Pires (1989), a utilização de equipamentos de tecnologias de ponta, como os respiradores utilizados em UTIs, permitiu um acompanhamento mais preciso da

evolução clínica dos pacientes; no entanto, passou a exigir dos trabalhadores conhecimentos sobre o respectivo funcionamento, bem como domínio do conhecimento clínico. Com a chegada de equipamentos capazes de se programar, de regular e de controlar as próprias atividades, o trabalhador passou a ser “vigia” da máquina e, somente em caso de ocorrência de incidente, é permitido ao trabalhador recuperar sua iniciativa. Nesse caso, ele utiliza toda a sua experiência e qualificação.

A autora ainda mencionou que a tecnologia constitui-se em um dos instrumentos de trabalho que pode melhorar a qualidade da assistência ao paciente. Porém, por outro lado, também pode levar a um distanciamento entre o doente e a equipe de enfermagem. Como exemplo, cita-se a utilização de monitores que, ao repassar à enfermagem informações em tempo real, como a pressão arterial, eliminou a necessidade de seu controle e aferição manual, diminuindo o contato entre o paciente e o pessoal da enfermagem. A disponibilidade de informações atualizadas a cada minuto obriga, muitas vezes, a execução de novo planejamento das ações com intervenções imediatas. Isso faz com que profissionais menos atentos possam ficar grande parte do tempo “cuidando da máquina” e dispensando, dessa forma, menor atenção aos pacientes.

No dia-dia hospitalar, quando soa o alarme de um respirador, de uma bomba de infusão ou de um oxímetro entre outros, pode-se observar a angústia do trabalhador de enfermagem, principalmente quando não se consegue solucionar o problema detectado na máquina ou no doente que a utiliza. Muitas vezes, a utilização de equipamentos sofisticados cria, nesses trabalhadores, uma relação de dependência, quando da não disponibilidade de tais equipamentos. Isso porque, de maneira geral, os hospitais os adquirem em quantidade insuficiente para atendimento da demanda (MUROFUSE, 2004)

Nishide, Benatti e Alexandre (2004), em estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva, relataram que os trabalhadores da área da saúde, historicamente, não eram considerados uma categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu, somente, a partir da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) nos anos 80, quando foram estabelecidas normas para a segurança no ambiente do trabalho.

As autoras ainda salientaram que a equipe de enfermagem é uma das principais categorias ocupacionais sujeitas à exposição por material biológico. Esse número elevado de exposições é associado ao fato de os trabalhadores da saúde terem contato direto com os

pacientes no atendimento que lhes presta e também ao tipo e à frequência de procedimentos realizados (riscos biológicos). A grande maioria das exposições percutâneas está associada à retirada de sangue ou à punção venosa periférica; existem exposições envolvendo procedimentos com escalpes, flebotomia, lancetas para punção digital e coleta de hemocultura (riscos biológicos). A transmissão do HIV de pacientes a trabalhadores da saúde pode ocorrer mais frequentemente por via percutânea ou através de mucosas, por contato com sangue ou com fluidos corpóreos.

Uma pesquisa sobre riscos ocupacionais, realizada no HBDF, demonstrou que, na época do estudo, dos 36 setores verificados, apenas 16 ofereciam algum tipo de treinamento aos trabalhadores, sendo a modalidade de curso coletivo a mais utilizada, para orientação dos riscos químicos. Os resultados apontaram que o referido hospital tinha áreas consideradas críticas, não só do ponto de vista da toxicidade ambiental, mas principalmente de ineficiência na adoção de medidas adequadas de proteção individual e/ou coletiva. Em consequência, os grupos de riscos de trabalhadores aumentavam, uma vez que havia também deficiência de treinamento oferecido a esses, o que repercutia em baixos índices de conhecimentos dos riscos químicos ocupacionais (BARBOSA, 1989).

Em um estudo epidemiológico, realizado em seis Hospitais Públicos do Distrito Federal entre 2002 e 2003, com uma amostra de 6.179 trabalhadores, dos quais 57,0% (3.466) eram da área de saúde, ficou demonstrado que os profissionais do sexo masculino se acidentaram mais que os do sexo feminino. As categorias cirurgião dentista, médico e técnico de laboratório foram as que mais se acidentaram, e os treinamentos com conteúdos de biossegurança não interferiram positivamente na diminuição de acidentes. O estudo apontou, também, que os profissionais da área de saúde com maior tempo de serviço se acidentaram mais, sendo o coeficiente de acidentabilidade maior entre aqueles que afirmaram conhecer todas as normas de segurança (CAIXETA; BRANCO, 2005).

Em outra pesquisa, Barboza e Soler (2003) trataram especificamente do ambiente hospitalar, estudando um hospital geral de ensino em São Paulo e salientando que muito se tem falado e publicado a respeito das condições inadequadas de trabalho vigentes em grande parte dessas instituições. Essas expõem seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Os hospitais são locais de concentração de pacientes acometidos de diferentes problemas de saúde, assistidos por profissionais diversos, tanto da área da saúde como técnico-administrativa. Vários trabalhos têm apontado que os serviços de saúde, em particular os hospitais, de modo geral proporcionam a seus

trabalhadores, principalmente os da enfermagem, piores condições de trabalho que outros (serviços).

A adequação dos recursos humanos e a necessidade de reavaliação da estrutura e dos conteúdos de treinamento em serviço são entendidas como necessárias, porém, não constituem o foco deste estudo, haja vista que as condições de análise se deram sobre os custos físicos psíquicos e sociais dos profissionais objeto de pesquisa.

Mas os riscos de adoecimentos podem levar ao absenteísmo, definido como a falta do empregado ao trabalho. Pode ser classificado em: absenteísmo-doença (ausências justificadas por licença-saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidente de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por lei, como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar); absenteísmo-compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho) e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas) (ECHER *et al.*, 1999).

O trabalhador pode ainda não comparecer ao trabalho por razões de caráter familiar, por motivos de força maior, por dificuldades ou por problemas financeiros, por problemas de transporte, por baixa motivação para trabalhar, por supervisão precária de chefia e políticas inadequadas de organização (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Observa-se que o adoecimento está bastante voltado para as condições de trabalho da enfermagem, as quais implicam longas jornadas de trabalho em turnos desgastantes (vespertino e noturno, domingos e feriados), rodízios, multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação entre trabalho intelectual e manual, controle das chefias e desencadeamento de acidentes e doenças, o que está completamente relacionado com a organização do trabalho (SILVA; MARZIALE, 2000).

As condições de trabalho acarretam problemas em sua organização, prejudicam a assistência de enfermagem prestada aos pacientes e indicam a existência de problemas preocupantes, quando relacionados à saúde dos trabalhadores; esses foram os elementos desencadeadores que despertaram o interesse pelo tema.

Capítulo 2

ORGANIZAÇÃO DA UTI

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), todos os hospitais com atendimento terciário com mais de cem leitos devem separar o correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais para tratamento intensivo. As UTIs devem atender às disposições da Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que substitui a Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, alterada pela Resolução n.º 189, de 18 de julho de 2003 (BRASIL, 2002).

As UTIs são definidas como

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

Essas unidades podem atender grupos etários em alas específicas, a saber: neonatal - pacientes de 0 a 28 dias; pediátrica - pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas; adulto - pacientes maiores de 14 ou 18 anos, conforme as rotinas hospitalares internas; especializada - pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças. Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

A Portaria nº 3.432 MS/GM, de 12 de agosto de 1998, define critérios de classificação das UTIs a partir da complexidade no tratamento intensivo, subdividindo-as em tipo I, II e III, para fins de cadastramento no Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalte-se que as UTIs instaladas anteriormente à vigência dessa Portaria são classificadas como tipo I. A partir desse documento, são cadastradas somente unidades do tipo II ou III.

As UTIs do tipo II devem contar com uma equipe básica composta por: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro exclusivo da unidade para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou

técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgia geral (ou pediátrica), torácico, cardiovascular, neurocirurgia e ortopedista.

O hospital deve contar com uma infra-estrutura composta de: laboratórios de análises clínicas disponível 24 horas por dia; agência transfusional disponível 24 horas por dia; hemogasômetro; ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-X móvel; serviço de nutrição parenteral e enteral; serviço social e serviço de psicologia. Deve, ainda, ter acesso a serviços de diagnósticos, estudos hemodinâmicos, angiografia seletiva, endoscopia digestiva, fibrobroncoscopia e eletroencefalografia.

Quanto à humanização no atendimento aos pacientes, o serviço deve ser agraciado na estrutura física do ambiente com: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos; relógios visíveis para todos os leitos; garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares, por meio de boletins.

As UTIs do tipo III devem, além dos requisitos exigidos para as do tipo II, contar com: espaço mínimo individual por leito de 9m², sendo para UTI neonatal um espaço de 6 m² por leito; avaliação através do APACHE II, se for UTI adulto; do PRISM II, se for UTI pediátrica, e do PSI modificado, se for UTI neonatal.

Além da equipe básica exigida pela UTI tipo II, as do tipo III devem contar, ainda, com: um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso a serviço de reabilitação. Deve ter condições de realizar exames de tomografia axial computadorizada, de anatomia patológica, estudo hemodinâmico, angiografia seletiva, fibrobroncoscopia e ultra-sonografia portátil.

Em termos de equipamentos, deve ter também: metade dos ventiladores do tipo microprocessado ou um terço, no caso de UTI neonatal; monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos; equipamentos para ventilação pulmonar não invasiva; capnógrafo; equipamento para fototerapia para UTI neonatal, um para cada dois leitos; marcapasso transcutâneo.

Capítulo 3

MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e transversal. Foi realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem nas UTIs de um hospital público terciário e de grande porte da rede da Secretaria de Estado e Saúde, o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

3.2 Local do Estudo

O HBDF faz parte da Secretaria de Estado e Saúde (SES), antiga Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF). Foi criado pelo Decreto nº 48.298, de 17 de junho de 1960, referendado pelo Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira e pelo então Ministro da Saúde Mário Pinotti (SILVA, 2000).

Esse hospital, que funciona em prédios contíguos, conta com aproximadamente 700 leitos, prestando serviços especializados em 13 clínicas – psiquiatria, cardiologia, cardiovascular, cirurgia geral, policlínica (oncologia, ginecologia e mastologia), berçário, pediatria, cirurgia pediátrica, isolamento, clínica médica, ortopedia, nefrologia e urologia. Possui atendimento de emergência com Pronto Socorro, Central de Material Esterilizado (CME), centro cirúrgico, unidade de transplante, neurocirurgia e as UTIs. Inclui serviços de ambulatórios e um centro de diagnósticos, responsáveis também pelo atendimento de pacientes em estados críticos, graves e em recuperação pós-operatória de grandes procedimentos cirúrgicos. É um setor de grande importância para a instituição, representando, hoje, a maior terapia intensiva do DF e considerada a principal referência para pacientes críticos e recuperáveis do DF e entorno.

A UTI conta com 38 leitos, assim destinados: 12 para pacientes adultos, acima de 17 anos; 10 leitos pediátricos para pacientes de zero a 16 anos; 8 leitos para traumas, 8 para problemas coronarianos. Encontram-se desativados 4 leitos para adultos e 1 pediátrico, por falta de profissionais das áreas de enfermagem e medicina.

Trata-se de um setor que, por receber pacientes em estado grave, torna o ambiente estressante, com grande exigência cognitiva, preparo técnico, sendo considerado como uma área crítica de serviço.

A jornada de trabalho é variável de acordo com o interesse do trabalhador, que pode optar por uma carga de trabalho de 24h ou de 40h semanais, sendo que o valor percebido é proporcional às horas trabalhadas. Há intervalos de 15 m para lanche, o qual funciona em regime de revezamento entre os profissionais, que se dirigem para uma área específica.

Há uma norma interna da instituição que não permite aos profissionais trabalharem mais de 18h seguidas, evitando assim sobrecarga de trabalho e possíveis incidentes no setor, que exige muita atenção e concentração do profissional.

Esse campo foi escolhido para a pesquisa, por se pretender o aprofundamento na investigação das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de enfermagem nas respectivas UTIs, no que se refere às experiências de prazer, de sofrimento e de danos à saúde, vivenciadas por eles em seu contexto de trabalho.

Também foi fator determinante para esta escolha o fato de o pesquisador ter vivenciado a problemática do trabalho como enfermeiro-chefe da equipe de enfermagem em UTI geral por alguns anos, o que o levou a crer que isso possibilitaria a construção de um estudo bem consistente.

Para a realização da pesquisa, solicitou-se autorização à Comissão de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e da diretoria do hospital. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3 População

Todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados na UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, num total de 126 servidores.

3.3.1 Amostra

A amostra, selecionada de forma não probabilística, foi constituída de 122 voluntários que foram divididos em duas categorias, a primeira de Enfermeiros (n=26) e a segunda de Técnicos de Enfermagem (n=96).

Adotou-se como critério de exclusão, profissionais que se recusassem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, os que estivessem ausentes do trabalho por mais de 90 dias consecutivos e servidores que apresentassem um período menor que seis meses de trabalho na UTI do HBDF. O que resultou na perda de $n=1$, $n=2$ e $n=1$, respectivamente, sujeitos da amostra.

3.4 Instrumentos de Pesquisa

Como instrumento de coleta, foram utilizadas a Escala de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EPST) (anexo 1) e a Escala de Sintomas Relacionadas ao Trabalho (ESTR) (anexo 2).

Tais escalas integram um Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) (no total composto de quatro escalas), instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. Foi por Ferreira e Mendes, em 2003, e validado por elas em uma pesquisa nacional realizada em parceria com a Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira.

Escala de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EPST)

A Escala de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EPST) é composta de 25 itens. É, também, uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, com quatro fatores, sendo dois para prazer e dois para sofrimento.

Os fatores indicadores de prazer são a realização profissional e liberdade de expressão, e os fatores indicadores de sofrimento são o esgotamento emocional e a falta de reconhecimento.

O fator um, realização profissional, composto de nove itens, com $\alpha = 0,89$, está relacionado com a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho realizado. O fator dois, liberdade de expressão, com cinco itens, $\alpha = 0,69$, diz respeito a vivências de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. O fator três, esgotamento profissional, contém seis itens, com $\alpha = 0,84$, relacionando-se à frustração, à insegurança, à inutilidade e à desqualificação diante das expectativas de desempenho, produzindo esgotamento, desgaste e estresse. O fator quatro, falta de reconhecimento, com cinco itens, $\alpha = 0,70$, refere-se à experiências de injustiça, de indignação e de desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho.

Na EPST, os resultados encontrados são interpretado segundo os parâmetros: acima de 3,7 = avaliação mais satisfatória; de 2,3 e 3,7 = avaliação moderada; de 1,0 e 2,3 = avaliação crítica.

Para os fatores do sofrimento, considerando que os itens esgotamento emocional e a falta de reconhecimento são negativos, a análise deve ser feita com base nos seguintes níveis: de 1,0 e 2,3 = avaliação satisfatória; de 2,3 e 3,7 = avaliação moderada; acima de 3,7 = avaliação crítica.

Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (ESRT)

A ESRT é uma escala do tipo Likert de cinco pontos, composta de 32 itens, que visa avaliar o grau de presença de fatores que indicam os elementos pesquisados, atribuindo-se um a sintoma nada presente e cinco, a sintoma muito presente. É organizada em três categorias de fatores: sintomas psicológicos, sintomas sociais e sintomas físicos, todos decorrentes dos enfrentamentos das situações vividas nos contextos de trabalho.

O fator um indica os sintomas psicológicos, representados em onze itens, com alfa = 0,92; é definido como a percepção negativa de si, da vida em geral e das alterações de humor. O fator dois é relativo aos sintomas sociais, com nove itens e alfa = 0,88; abrange questões relacionadas com isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. O fator três diz respeito aos sintomas físicos, com doze itens e alfa = 0,849; relaciona-se a dores no corpo e distúrbios biológicos.

Nesta escala ESRT, os resultados são classificados em quatro níveis: de 1,0 e 2,3 = avaliação satisfatória; de 2,3 e 3,7 = avaliação moderada; acima de 3,7 = avaliação crítica.

Os modelos das escalas EPST e ESRT encontram-se anexos.

3.5 Aspectos Éticos Relacionados com a Pesquisa

A concordância dos profissionais em participar do estudo foi feita por escrito, seguindo-se os aspectos éticos recomendados pelo Ministério da Saúde, na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, em especial o inciso III. 3, alínea g “contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou do seu representante legal”; alínea j “prover procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informações em prejuízo das pessoas” e

alínea n “garantir o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para os sujeitos (BRASIL, 1996).

Após o parecer favorável da Comissão de Ética da FEPECS, processo nº 183/05, foi contatada a Diretoria do referido hospital para a utilização do campo de pesquisa, que após avaliação e liberação, direcionou a solicitação para a Gerente de Enfermagem geral da instituição que por sua vez indicou a Chefia de Enfermagem das UTIs para guiar o pesquisador.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em várias etapas devido às escalas dos profissionais serem montadas para atendimento nas 24 horas e em regime de plantão. Foi iniciada em setembro de 2006, finalizando em janeiro de 2007.

O período de aplicação dos questionários foi longo devido à presença de profissionais de outros estados trabalhando na unidade em trocas de plantão. Também porque muitos profissionais não dispunham de tempo e levaram o questionário para responder em outro trabalho ou em casa. Como a coleta ocorreu em um final de ano, houve ainda o agravante de férias e licenças-prêmio, além daqueles que não tiveram interesse em participar.

Por outro lado, contou-se com o apoio de vários profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, para que os participantes preenchessem os questionários; ao final, a porcentagem de participação foi satisfatória.

O pesquisador acompanhou toda a coleta de dados explicando a cada um sobre o objetivo da pesquisa, sobre a sua participação voluntária, sobre a preservação da identidade dos participantes e sobre como preencher os questionários.

Todos os questionários tiveram seu preenchimento individual. Não foi possível 100% de presença do pesquisador durante o preenchimento dos questionários conforme citado; mas cerca de 85% da coleta foi presencial. O tempo gasto no preenchimento dos questionários variou de 15 m a 20 m.

3.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 12,0. Depois, foram transferidos para o programa MICROSOFT OFFICE XP EXCEL, para que os dados pudessem ser formatados.

Foi utilizada a estatística descritiva para calcular as médias, o desvio padrão mínimo e máximo e a distribuição de frequência de dados demográficos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o teste não-paramétrico do tipo Kuskal Wallis, baseado nas medianas dos valores visando testar a hipótese nula, a qual assume igualdade das populações.

O teste avaliou se houve diferença em relação aos danos físicos, psicológicos e sociais na ESRT e à realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento, na EPST.

Tais fatores foram verificados entre os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem em início de carreira (primeiros sete anos), em comparação com os profissionais que estão em final de carreira (acima de 15 anos de trabalho), em suas respectivas categorias.

Capítulo 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da Amostra

Na variável estado civil, percebeu-se a predominância de profissionais classificados como casados, seguidos por solteiros (Tabela 1). A distribuição por escolaridade demonstrou que todos os técnicos de enfermagem possuíam o Ensino Médio por exigência do cargo.

Além disso, percebeu-se que boa parte dos técnicos de enfermagem está em busca de conhecimento por meio de cursos formais (superior de enfermagem ou outros). Entre os enfermeiros, 80,8% dos pesquisados já possuem pós-graduação *latu-sensu*, pois a área requer profissionais continuamente qualificados, capazes de acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico.

Tabela 1: Distribuição e percentual dos enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo sexo, estado civil e escolaridade

Categoria Pesquisada	Enfermeiros		Técnico de enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masc.	6	23,1	15	15,6	21	17,2
Fem.	20	76,9	81	84,4	101	82,8
Total	26	100,0	96	100	122	100,0
Est. Civil						
Casado	14	53,8	51	53,1	65	53,3
Divorciado	1	3,8	11	11,5	12	9,8
Solteiro	8	30,8	31	32,3	39	32,0
Viúvo	1	3,8	3	3,1	4	3,3
Outros	2	7,7	0	0	2	1,6
Total	26	100,0	96	100	122	100,0
Escolaridade						
2º grau completo	0	0,0	51	54,3	51	42,5
Superior						
Incompleto	0	0,0	31	33	31	25,8
Superior Completo	5	19,2	8	8,5	13	10,8
Pós-Graduação	21	80,8	4	4,3	25	20,8
Total	26	100,0	94	100	120	100,0

n = Freqüência absoluta; % = Percentual

Segundo dados apresentados, a amostra foi constituída, em sua maioria, por mulheres. Tanto a categoria de enfermeiro como a de técnicos de enfermagem apresentaram idades aproximadas: $37,9 \pm 7,2$ e $38,8 \pm 8,6$ anos, respectivamente.

O trabalho em UTIs exige profissionais maduros e experientes para o atendimento a pacientes críticos (SHIMIZU, 1996; SHIMIZU, 2000).

Os dados encontrados demonstram que os profissionais investigados apresentam um tempo médio de serviço na instituição de 9,5 anos e no cargo, de 11,9 anos (Tabela 2), indicando que os profissionais detêm experiência satisfatória para prestar cuidados intensivos, que requerem habilidades técnicas e relacionais. Por outro lado, percebeu-se uma sobrecarga de trabalho, já que a carga horária semanal trabalhada excedeu 40h semanais.

Apesar de exaustiva, essa carga horária foi aceita em acordo firmado com o Sindicato dos Enfermeiros e Profissionais de Enfermagem, que estabeleceu a carga inicial de concurso público em 24h semanais. Mas havia a opção para estendê-la para 40h, tanto para enfermeiros quanto para técnicos de enfermagem, conforme acordo coletivo firmado em Circular 05/2004 – DRH/SAS/SES de 19/01/2004 e Decreto n.º 24.357, de 9 de janeiro de 2004 (Diário Oficial-DF, 2004), que regulamenta a Lei n.º 2.663, de 4 de janeiro de 2001 e institui o regime opcional de trabalho de 40h para servidores de carreira do DF (DF, 2004).

Tabela 2: Característica dos enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo idade e tempo de serviço na instituição, no cargo e horas semanais trabalhadas

	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Total			
	n	Ma	Md	DP	n	Ma	Md	DP	n	Ma	Md	DP
Idade	26	37,9	39,5	7,2	95	39,0	39,0	8,9	121	38,8	39,0	8,6
Tempo serviço instit.	26	9,8	6,0	6,6	96	9,4	7,0	7,2	122	9,5	7,0	7,1
Tempo serviço cargo	26	10,6	6,0	7,6	96	12,2	12,0	8,2	122	11,9	11,0	8,1
Horas	26	43,5	40,0	17,2	96	41,3	40,0	16,9	122	41,8	40,0	16,9

n = frequência absoluta; Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

Nos dados referentes à variável número de empregos, pode-se observar que mais da metade dos profissionais tem apenas um emprego. Mas nota-se que, por categoria profissional, os enfermeiros têm uma porcentagem maior de indivíduos com dois empregos do que os técnicos de enfermagem. Porém, é importante salientar que uma parcela significativa dos enfermeiros tem uma sobrecarga maior de trabalho semanal, com os dados apontando para três empregos semanais (Tabela 3). Esses dados sugerem que os técnicos de enfermagem e os enfermeiros que possuem dois empregos são submetidos a uma sobrecarga de trabalho semanal e, conseqüentemente, sofrem de desgaste físico, emocional e psíquico.

Há de se ressaltar que o SindiSaúde vem lutando pela classe há 25 anos e tem obtido ganhos importantes para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais, como redução da

carga horária horário de trabalho. Isso foi concretizado no plano de carreira, cargos e vencimentos dos servidores da área da saúde, criado pela Lei n.º 087/1989, alterado pelas Leis n.º 740/1994 e 2.816/ 2001 e reestruturado pela Lei n.º 3.320/2004 de 18 de fevereiro de 2004 (DO/DF, 2004).

As categorias estudadas têm cargas horárias de 40h semanais, com opcional de 24h para as categorias enfermeiro e técnico de enfermagem. Em negociação recente, o Sindicato conseguiu uma melhoria para a categoria de enfermeiros, com a redução de carga horária para 20h semanais, oportunizando, para ela, melhor qualidade de vida, com menor sobrecarga de trabalho e melhor remuneração.

Porém, os dados deste estudo demonstram que a redução da carga horária semanal tem contribuído negativamente para a qualidade de vida, pois os trabalhadores buscam mais de um emprego para aumentar a renda mensal.

Tabela 3: Número de empregos referidos pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem

Número de Empregos	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	9	34,6	58	60,4	67	54,9
2	11	42,3	37	38,5	48	39,3
3	6	23,1	1	1,0	7	5,7
Total	26	100,0	96	100,0	122	100,0

n = Freqüência absoluta; % = Percentual

Verifica-se que o percentual de técnicos de enfermagem e de enfermeiros que praticam atividades físicas freqüentemente é pequeno frente aos que raramente praticam, podendo-se considerar que, para ambas as categorias é mais da metade da amostra estudada (Tabela 4). Pode-se observar, também, que uma parte significativa desses profissionais está sedentária por não praticar nenhuma atividade física regularmente, o que os expõe a riscos de adoecimento.

Tabela 4: Freqüência absoluta e relativa da realização de atividades físicas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem

Atividades Físicas	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	3	11,5	24	25,3	27	22,3
Raramente	14	53,8	50	52,6	64	52,9
Freqüentemente	9	34,6	21	22,1	30	24,8
Total	26	100,0	95	100,0	121	100,0

n = Freqüência absoluta; % = Percentual

Entre as opções de lazer citadas pelos profissionais pesquisados, houve predominância de filmes no cinema ou na televisão e programas com familiares e amigos (Tabela 5). Esses resultados indicam que o fator “disponibilidade de tempo”, provocado pelas escalas de plantão em dias corridos, finais de semana e feriados, pode representar um limitador de opções de lazer, já que a frequência a shoppings e bares teve um percentual muito baixo.

Esses dados refletem o modo de vida dos trabalhadores da área de enfermagem, principalmente os da UTI, na qual os trabalhos em turnos e a carga horária pesada de 40 h semanais fazem com que eles fiquem realmente longe da família e dos momentos de lazer.

Tabela 5: Frequência decrescente de opções de lazer referida pelos profissionais estudados

Lazer	n	%
Assistir filmes ou televisão	30	24,6
Programas com familiares ou amigos	29	23,8
Praticar esportes	21	17,2
Viagens	16	13,1
Leitura	13	10,7
Música	12	9,8
Outros	12	9,8
Dança	11	9,0
Igreja	10	8,2
Não tem	9	7,4
Passeios	8	6,6
Descanso	8	6,6
Parque	6	4,9
Clube	4	3,3
Não respondeu	4	3,3
Shopping	3	2,5
Bar	2	1,6
Total	122	100,0

n = Frequência absoluta; % = Percentual

4.2 Apresentação dos Resultados da Escala de Prazer Sofrimento no Trabalho (EPST)

A Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST) contém quatro categorias: a realização profissional, a liberdade de expressão, o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento. São considerados sentimentos de prazer: a realização profissional e a liberdade de expressão, e de sofrimento, o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento.

A categoria realização profissional é composta por nove itens: identificação com as tarefas que realiza, realização profissional, orgulho, satisfação, bem-estar, prazer, motivação, reconhecimento e valorização.

A categoria liberdade de expressão é composta por cinco itens: solidariedade com os colegas, liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas, liberdade para usar o estilo pessoal, liberdade para dizer o que pensa no trabalho e confiança nos colegas.

A categoria esgotamento profissional contém seis itens: estresse, desgaste insatisfação, esgotamento emocional, frustração e insegurança.

A categoria falta de reconhecimento possui cinco itens: indignação, injustiça, desvalorização, inutilidade e desqualificação.

Como se percebe, em relação aos sentimentos de realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento, para os enfermeiros e para os técnicos de enfermagem, os dados apresentados indicam uma avaliação moderada, tanto para os sentimentos de prazer, quanto para os de sofrimento no trabalho (Tabela 6).

Tabela 6: Média, mediana e desvio padrão dos valores de avaliação da Realização Profissional, Liberdade de Expressão, Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem (escala EPST)

Categoria Pesquisada	Enfermeiros				Técnicos de enfermagem				Total			
	n	Md	Ma	DP	n	Md	Ma	DP	n	Md	Ma	DP
Realização Profissional	26	3,2	3,2	0,8	96	3,1	3,2	0,9	122	3,1	3,2	0,9
Liberdade de Expressão	26	3,6	3,6	0,7	96	3,6	3,6	0,7	122	3,6	3,6	0,7
Esgotamento Profissional	26	3,5	3,2	0,9	96	2,8	2,8	0,9	122	2,8	2,9	0,9
Falta de reconhecimento	26	3,2	3,0	0,7	96	2,6	2,6	0,8	122	2,6	2,7	0,8

n = frequência absoluta; Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.2.1 Realização Profissional

Na relação entre sentimento de identificação e tarefas realizadas, constata-se que esse se encontra em nível considerado satisfatório para os enfermeiros (Tabela 7). Os dados demonstram que o grupo estudado não trabalha na UTI por acaso; foi uma escolha profissional tida como acertada.

A realização profissional, para os enfermeiros, contribui para as vivências de prazer no trabalho. Quando o profissional se sente realizado com o que faz, esse sentimento contribui para a manutenção da saúde mental, evitando o adoecimento.

Além disso, pode-se verificar que outros fatores se encontram em níveis considerados moderado: sentimentos de orgulho, satisfação, bem-estar, prazer, motivação, reconhecimento, e a valorização.

Em suma, os dados encontrados (Tabela 7) demonstram que o trabalho na UTI favorece diversos sentimentos positivos em relação ao trabalho que os profissionais realizam. Contribui para a vivência desses sentimentos a forte identificação com a tarefa de cuidar dos pacientes críticos, que requer aptidões específicas. Ademais, os trabalhadores sentem-se privilegiados por exercerem suas funções em um dos setores mais importantes do hospital, por sua complexidade.

Tabela 7: Valores de avaliação da Realização Profissional, com média, mediana e desvio padrão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala EPST

Realização Profissional	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Identificação com as tarefas que realiza	4,0	4,5	1,3	4,1	4,0	1,0
Realização profissional	3,6	4,0	1,1	3,6	4,0	1,2
Orgulho	3,4	3,0	0,9	3,3	3,0	1,2
Satisfação	3,2	3,0	0,9	3,1	3,0	1,1
Bem - estar	3,1	3,0	0,9	3,2	3,0	1,1
Prazer	3,1	3,0	1,1	3,2	3,0	1,1
Motivação	2,9	3,0	1,1	2,6	3,0	1,2
Reconhecimento	2,7	3,0	1,1	2,3	2,0	1,1
Valorização	2,5	2,0	0,9	2,5	3,0	1,2

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão

4.2.2 Liberdade de Expressão

No que tange à liberdade de expressão no trabalho, pode-se observar, pelos dados obtidos, os fatores solidariedade para com os colegas, liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas e liberdade para usar o estilo pessoal (Tabela 8), que alcançaram níveis de classificação em grau considerado satisfatório.

Esses resultados apontam que a liderança adotou um modelo de gerenciamento flexível, que permite aos trabalhadores se expressarem sobre o trabalho. Isso proporciona um ambiente de trabalho no qual os profissionais podem expor suas idéias e usar seu estilo pessoal para realizar seu trabalho, o que colabora para a melhoria do clima organizacional e funciona como estímulo para o trabalho em equipe.

Ficou demonstrado que os fatores liberdade para dizer o que pensa no trabalho e confiança nos colegas (Tabela 8) encontram-se em um grau classificado como moderado. Deixam claro que há um bom relacionamento interpessoal entre membros do grupo de trabalho, trazendo benefícios como a troca de conhecimentos e o bom andamento do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe envolve esforço dos trabalhadores em busca de um objetivo comum, imprescindível em UTI, que exige agilidade, rigor e precisão no cuidado de vidas.

Tabela 8: Valores de avaliação da Liberdade de Expressão, com média, mediana e desvio padrão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala EPST

Liberdade de Expressão	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Solidariedade com os colegas	3,9	4,0	0,9	4,0	4,0	0,9
Liberdade para falar sobre o trabalho com colegas	3,8	4,0	1,1	3,9	4,0	1,0
Liberdade para usar o estilo pessoal	3,7	4,0	0,8	3,5	4,0	1,3
Liberdade para dizer o que pensa no trabalho	3,1	3,0	1,0	3,2	3,0	1,1
Confiança nos colegas	3,0	3,0	1,0	3,0	3,0	1,0

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.2.3 Esgotamento Profissional

No fator esgotamento profissional, percebe-se que os resultados apontam os fatores estresse e desgaste, para os enfermeiros, em níveis considerados críticos (Tabela 9). Tal resultado corrobora com o que se espera do trabalho pesado e desgastante da UTI de um hospital de grande porte e terciário.

Os dados demonstram que os trabalhadores de enfermagem da UTI estão expostos a um trabalho muito cansativo, que advém da necessidade de realizar esforços físicos constantes para cuidar dos pacientes graves. Além disso, o contato cotidiano com o sofrimento e com morte causam esgotamentos emocionais intensos nesses profissionais.

Encontram-se, ainda, em níveis considerados moderados os fatores: insatisfação, esgotamento emocional, frustração, para ambas as categorias e estresse e desgaste para os técnicos de enfermagem (Tabela 9).

No fator insegurança, os resultados apontam para uma análise que classifica esse sentimento no nível satisfatório para a categoria esgotamento profissional. Isso demonstra uma equipe bem treinada, segura, madura e capacitada para atendimento aos pacientes críticos. Mesmo diante do desafio representado pela carga física, psíquica e social, a equipe não se sente insegura para a realização de seu trabalho cotidianamente.

Tabela 9: Valores de avaliação do Esgotamento Profissional, com média, mediana e desvio padrão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala EPST

Esgotamento Profissional	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Estresse	3,6	4,0	1,1	3,0	3,0	1,2
Desgaste	3,5	4,0	1,0	3,2	3,0	1,1
Insatisfação	3,3	3,0	0,9	3,0	3,0	1,1
Esgotamento emocional	3,3	3,5	1,1	2,7	3,0	1,2
Frustração	3,1	4,0	1,2	2,8	3,0	1,2
Insegurança	2,3	3,0	0,8	2,0	2,0	1,0

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.2.4 Falta de Reconhecimento

Os resultados sinalizam que os fatores indignação e injustiça, para os enfermeiros, foram classificados em nível crítico de avaliação (Tabela 10). Os sentimentos relacionados com a falta de reconhecimento no trabalho certamente advêm de diversos fatores. A ausência de condições adequadas de trabalho, bem como a forma de relação da instituição com os trabalhadores, pode contribuir para os sentimentos de indignação, injustiça e desvalorização.

Encontram-se em níveis considerados moderados os fatores: indignação e injustiça, para os técnicos de enfermagem, e desvalorização, para ambas as categorias. Fica demonstrada a insatisfação desses profissionais pelo não reconhecimento de seu trabalho por parte da instituição, da sociedade a qual ela se dedica e até da equipe multidisciplinar com a qual ela convive em seu dia a dia.

Encontram-se ainda em níveis considerados suportáveis ou satisfatórios os fatores: inutilidade e desqualificação, demonstrando que a gravidade do quadro clínico dos pacientes pode gerar, na equipe de enfermagem, sentimentos de inutilidade e de desqualificação, sobretudo quando eles não apresentam melhora do quadro clínico.

Tabela 10: Valores de avaliação da Falta de Reconhecimento, com média, mediana e desvio padrão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala EPST

Falta de Reconhecimento	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Indignação	3,8	4,0	1,0	3,0	3,0	1,3
Injustiça	3,6	4,0	1,0	3,2	3,0	1,1
Desvalorização	3,2	3,0	1,0	2,8	3,0	1,3
Inutilidade	2,0	2,0	0,9	1,8	1,5	1,0
Desqualificação	1,9	2,0	0,9	1,9	2,0	1,0

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.3 Discussão dos resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho

4.3.1 Realização Profissional

A escala EPST permite analisar as variáveis: realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento.

Constatou-se, neste estudo, que o trabalho na UTI proporciona o sentimento de realização profissional, pois existe uma forte identificação dos trabalhadores com a realização das tarefas. O ato de cuidar do outro expõe os profissionais a vivências de sentimentos ambíguos como raiva, compaixão, pena e amor, mas proporciona também sentimentos muito agradáveis.

O trabalho pode ser visto como um componente da felicidade humana, sendo a felicidade obtida por meio dele o resultado da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional (ALBERTO, 2000).

Estudos como os de Shimizu, (1996 e 2000), Marziale (1991, 1995 e 2000) e Linhares (1994) mostram que a tarefa do cuidar, particularmente em UTI, contribui para sentimentos de prazer. Com isso, demonstra-se que o trabalho dignifica o homem e que o ato de trabalhar confere um significado singular; portanto, é o canal através do qual os profissionais podem se expressar, buscar e concretizar seus desejos, vontades e possibilidades.

A realização profissional advinda do processo do cuidar tem também relação com a escolha acertada de uma profissão. Nesse sentido, as pessoas escolhem a enfermagem por “vocação”, sobretudo, as de áreas como a UTI, que expõem os trabalhadores a diversos tipos de desgastes e medos.

Com relação à satisfação no trabalho, Elias e Navarro (2006) afirmaram que ela está relacionada à tarefa cumprida, que no caso dos trabalhadores de enfermagem na UTI, é a manutenção de vidas.

O predomínio do prazer pode ter fundamento na concepção de que o trabalho é um lugar de realização, de identidade, de valorização e de reconhecimento. A busca do prazer é uma constante para todos os trabalhadores e visa a manter seu equilíbrio psíquico; o sofrimento ocupa um lugar que surge a partir das imposições das condições externas e das situações de trabalho para com os trabalhadores (FERREIRA; MENDES, 2003).

Ademais, saliente-se que os trabalhadores da UTI se sentem privilegiados por trabalhar em um setor considerado um dos mais importantes do hospital, por sua organização diferenciada e por lidar com o paciente crítico no limiar entre a vida e a morte, necessitando de profissionais especializados. Isso dá ao trabalhador de enfermagem um *status* profissional que gera sentimentos de orgulho, de satisfação, de bem-estar e de prazer, por fazer parte de uma equipe que presta cuidados complexos e diferenciados em situações muitas vezes terminais.

No ambiente da UTI, pode-se considerar que o trabalho é bastante árduo. Entretanto, quando o paciente grave apresenta melhora do quadro clínico é grande satisfação desses profissionais. E ela é ainda maior quando o próprio paciente expressa reconhecimento pelos esforços por eles realizados. Esses momentos devem ser bastante valorizados, pois não só é rara a saída de um paciente grave recuperado, como geralmente o reconhecimento pelos cuidados prestados vai para os médicos; os profissionais de enfermagem são esquecidos.

O sentimento de reconhecimento ocorre quando a organização enfatiza a independência dos empregados, uma estrutura interna que tem flexibilidade na definição dos papéis hierárquicos, nas normas e regras e uma relação com o ambiente de parceria. Esses valores, juntos, trazem como resultado a possibilidade de uma estruturação psico-afetiva das relações socioprofissionais, um dos elementos que geram o reconhecimento pelos pares e pela hierarquia. Além disso, permite o suporte afetivo e social necessário ao fortalecimento da identidade por meio do coletivo de trabalho, do reconhecimento da marca pessoal e da competência no trabalho (MENDES; TAMAYO, 2001).

4.3.2 Liberdade de Expressão

Verificou-se, neste estudo, que os trabalhadores de enfermagem da UTI apresentaram avaliação satisfatória em relação à categoria liberdade de expressão. Ressalte-se que a liberdade de expressão é alcançada quando é adotado o modelo de gerenciamento flexível.

A adoção deste modelo na enfermagem é recente; historicamente, eram utilizadas formas de gerenciamento rígidas, com base no modelo taylorista. Entretanto, observou-se que, na UTI em estudo, o modelo de gerenciamento é flexível.

Para que se opere com flexibilidade em uma instituição, o poder não deve derivar de um cargo, mas da especialização, do conhecimento, do poder das relações pessoais, bem como do poder intangível da autoridade pessoal. Se isso ocorre com líderes de uma

instituição, tem-se o salto para o desenvolvimento de um modelo flexível de administração (FERRAZ, 1998).

Outros aspectos do trabalho em grupo foram considerados: a liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas, liberdade para dizer o que pensa no trabalho e a confiança nos colegas, indicando que há coesão grupal, aspecto de extrema importância para a saúde mental dos trabalhadores.

Foi avaliada positivamente a variável solidariedade com os colegas, o que indica que os trabalhadores valorizam o trabalho em equipe.

Diversos estudos mostram que o trabalho em grupo na UTI é fundamental, pois o cuidar dos pacientes graves e com risco iminente de vida requer a articulação das ações e a integração das pessoas, para garantir a precisão, a rapidez e a presteza no atendimento.

O trabalho em equipe na UTI envolve esforços de todos os elementos na busca do alcance de um único objetivo, que é prestar assistência de qualidade, buscando salvar vidas. Porém, para se atingir esse objetivo, é necessário seguir o processo hierárquico estabelecido com a divisão de tarefas entre a equipe e o compartilhar de conhecimentos entre colegas (SHIMIZU; CIAMPONE, 2003).

Essas autoras afirmaram que, no trabalho da UTI, só existe solidariedade entre os membros da equipe se houver interação entre eles e que, por suas características, essa unidade promove o isolamento dos trabalhadores ou a formação de grupos. Mas as autoras explicaram que, por passarem grande parte do tempo juntos, o relacionamento entre eles assume características familiares, numa proximidade que propicia prazer.

Foi constatado por Peduzzi (1998) que, na UTI, a solidariedade e a cumplicidade no trabalho não se mantêm, possivelmente porque não há previsão de negociação nem a elaboração conjunta de um plano de ação comum aos pacientes e das situações vivenciadas no cotidiano de trabalho. Tais manifestações podem evidenciar que, para haver trabalho em equipe, é necessário que as pessoas tenham liberdade de expressão, expondo suas questões pessoais aos colegas.

A dinâmica de trabalho na UTI dificulta o trabalho em equipe, pois os trabalhadores são pressionados o tempo todo para realizar os cuidados sozinhos, devendo ser ágeis e eficientes. Verifica-se, também, que os enfermeiros têm dificuldades para coordenar o trabalho em equipe, devido à falta de preparo para exercer essa função, demérito esse oriundo

da formação acadêmica insuficiente e reforçada pela ausência de treinamento nas instituições. (SHIMIZU; CIAMPONE, 2003)

A comunicação, no ambiente hospitalar, principalmente em UTI, tem se revelado um dos elementos-chave de análise das formas burocráticas de administração. Ocorrendo de cima para baixo, é uma prerrogativa somente dos chefes; nesse caso, as iniciativas de comunhão do conhecimento, de experiências, de conflitos e de emoções são raras e, quando muito, compartilhadas de forma frágil (FERRAZ, 1995).

A busca de consenso com base na prática comunicativa, isto é, na comunicação orientada para o entendimento, permite a construção de um projeto assistencial comum mais adequado às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 1998).

4.3.3 Esgotamento Profissional

Em relação ao esgotamento profissional, verificou-se que o trabalho provoca o estresse, o desgaste e o esgotamento emocional.

O estresse é um dos fatores desencadeantes do esgotamento profissional dos trabalhadores de enfermagem, não sendo visto como doença e sim como evento. É como um evento qualquer que demanda do ambiente externo ou interno e que taxa ou excede as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social, promovendo manifestações biológicas chamadas síndrome de adaptação geral (SAG) (BIANCHI, 2000).

Na enfermagem, o trabalho em turnos diminui a tolerância dos profissionais que estão lidando constantemente com situações estressantes, que exigem raciocínio e concentração, para se evitarem erros.

Já o trabalho em turnos alternantes influencia negativamente os horários reservados à alimentação, sono, repouso, relacionamento familiar, vida social e de lazer, além de ser considerado fator desencadeante da fadiga e motivo de insatisfação para a maioria dos profissionais de enfermagem (MARZIALLE; ROSESTRATEN, 1995).

A insatisfação no trabalho pode ser considerada uma das formas fundamentais de sofrimento do trabalhador, relacionada com o conteúdo da tarefa. Tal insatisfação pode ser decorrente de sentimentos de indignidade, pela obrigação de realizar uma tarefa desinteressante e sem significado; de inutilidade, por desconhecer o que representa o trabalho no conjunto das atividades na empresa; de desqualificação, tanto em função de questões

salariais como das ligadas à valorização do trabalho, em aspectos como responsabilidade, risco ou conhecimentos necessários (DEJOURS, 1998).

Além do estresse, de acordo com Lautert, (1997), há um desgaste emocional dos profissionais de enfermagem nas unidades de internação, advindo da sobrecarga de trabalho, de tarefas repetitivas e monótonas, levando-os à falta de controle das atividades realizadas, à perda de energia, à fadiga e ao esgotamento.

A diversidade das atividades desenvolvidas pela equipe da UTI, com interrupções freqüentes durante a execução do trabalho, os melindres, imprevistos e o lidar com o sofrimento e morte são aspectos agravantes no trabalho de enfermagem que levam ao desgaste físico e mental.

Uma das formas de se evitar a insatisfação é quando o trabalhador lança mão de estratégias ou artifícios para amenizar a situação, como por exemplo, faltar ao trabalho e prolongar horas de intervalos quando não estão autorizados e, conseqüentemente, o desinteresse pelo trabalho e a queda na produtividade (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Outro sentimento negativo evidenciado pelos trabalhadores de enfermagem foi o sentimento de frustração.

4.3.4 Falta de reconhecimento

Em relação à categoria falta de reconhecimento, constatou-se que os trabalhadores evidenciaram fortes sentimentos de indignação. Esses sentimentos estão relacionados com a falta de condições de trabalho a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem.

Nos hospitais públicos, especialmente na UTI, os profissionais de enfermagem, convivem com a carência de recursos humanos, expondo os trabalhadores a sobrecargas e os pacientes à falta de cuidados.

Além disso, nas UTIs, verifica-se a falta de equipamentos e materiais, o que coloca os pacientes em condições inseguras.

Em um estudo realizado em Hospital Público do DF por Ribeiro (2004), trabalhadores de enfermagem afirmaram que acontecem acidentes de trabalho devido à carência de recursos materiais, adequados em quantidade e qualidade às respectivas exigências; as condições de trabalho são precárias, a quantidade de recursos humanos é reduzida, há sobrecarga de trabalho e ausência de capacitação do pessoal.

Com relação aos equipamentos, a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem percebe que o número de equipamentos básicos é insuficiente; como exemplo, pode-se citar as bombas de infusão e os monitores cardíacos. Isso geralmente causa muita angústia aos trabalhadores, porque esses têm ciência de que sem tais equipamentos os pacientes não estarão assistidos de forma adequada. Evidencia-se que grande parte dos equipamentos com que trabalham são obsoletos, não podendo fornecer um grau de confiabilidade que ofereça segurança aos pacientes (SHIMIZU, 2000).

Vale salientar que a maioria dos hospitais públicos e universitários, devido ao baixo investimento público, não tem conseguido manter e nem acompanhar a reposição de novas tecnologias. Ainda verifica-se que não tem sido dada prioridade na manutenção preventiva dos aparelhos em uso.

A indignação da equipe de enfermagem pode ser individual ou coletiva, pela falta de humanização na assistência ao paciente: desconsideração com o corpo após a morte, cuidado em chamar o paciente pelo nome, tratá-lo pelo número do leito, categorizar o paciente pelo procedimento realizado, entre outros. Contudo, é importante ressaltar que, muitas vezes, devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado (SALICIO; GAIVA, 2006).

O sentimento de injustiça nas UTIs comumente está relacionado à falta de valorização dos profissionais de enfermagem, que são os que cuidam o tempo todo dos pacientes.

Outra situação de injustiça é quando o paciente se recupera e na sua saída do serviço quem recebe todos os elogios geralmente são os médicos.

Diante da injustiça do não reconhecimento de seu trabalho, o sofrimento também fica aparente no relacionamento com os familiares dos pacientes. Os profissionais de enfermagem têm que suportar a intensa ansiedade desses parentes, muitas vezes questionando os cuidados dispensados a seu ente querido.

De acordo com Shimizu (2000), os familiares dos pacientes costumam projetar os sentimentos de depressão e angústia causados pela internação aos trabalhadores de enfermagem, principalmente em momentos de tensão, quando da piora do quadro ou mesmo quando rotulados como “pacientes terminais”. E o sentimento de injustiça se torna aparente quando o médico intensivista reage com atitude onipotente perante os familiares, colocando a família como um expectador passivo.

A insatisfação também é um sentimento que acompanha esses profissionais, sendo que os principais motivos dela apontados pelos profissionais em estudo foram: os baixos salários recebidos, o fato de serem escalados para trabalhar em outra unidade a fim de cobrir faltas de colegas e o inadequado relacionamento entre as equipes médica e de enfermagem, devido à não valorização, pelos médicos, do trabalho realizado pelo pessoal de enfermagem (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

As autoras, na tentativa de adequar as condições de trabalho à unidade de cardiologia, propuseram a viabilização de aumento salarial, uma vez que, em seus estudos, esse foi um dos motivos fortes de insatisfação dos trabalhadores. Tal motivo tem repercussão em sua qualidade de vida, marcada por dificuldades de moradia, alimentação, transporte e lazer.

Os baixos salários também são considerados um dos fatores que caracterizam a desvalorização da enfermagem, impondo aos trabalhadores a necessidade de uma dupla jornada de trabalho.

Nesse sentido, as organizações de saúde necessitam com urgência de reformas organizacionais: ampliar quadros de funcionários; melhorar e dar mais condições no ambiente de trabalho; estimular mais os funcionários de enfermagem; criar planos de carreira, melhores salários; promover sua dignidade, para eles poderem sustentar suas famílias. Acima de tudo, promover o respeito por essa profissão digna, que tem como principal meta cuidar do próximo com técnica, respeito, competência e carinho.

Em estudo sobre absenteísmos, as faltas no trabalho foram diagnosticadas como relativas a problemas de saúde. Elas ocorrem devido a vários fatores associados à forma de organização do trabalho, à inadequada divisão de tarefas, à obsolescência e inadequação de equipamentos, materiais e mobiliários; inadequação das estratégias de comunicação usadas e baixos salários, levando à dupla jornada de trabalho. Esses fatores contribuem para a má qualidade de vida desses profissionais no trabalho (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

Foi possível também observar que os trabalhadores expressaram a vivência de um sentimento negativo de inutilidade, que geralmente está associada às perdas na UTI. Esse sentimento surge por ocasião da morte de pacientes que, apesar de se encontrarem com todos os recursos tecnológicos possíveis, bem como com o suporte de medicamentos e materiais especiais, não resistiram. Esses profissionais vivenciam o sentimento de impotência diante da situação, que corrobora a sensação de inutilidade.

Segundo Shimizu (2007), a morte súbita de pacientes jovens também causa grande sofrimento aos trabalhadores de enfermagem, pois costumam se identificar com a situação e sentem que precisam recuperá-los a qualquer custo, causando sentimento de inutilidade.

A convivência com a dor e a aflição que acompanham o processo de morrer é capaz de modificar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora da sua morte. Portanto, o sentimento de indiferença torna-se comum, utilizado como um mecanismo de defesa e de proteção contra o processo de finitude, que passa a ser considerado como banal (PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2004).

A morte é percebida pelos profissionais como difícil de ser elaborada, principalmente a dos pacientes que permanecem internados por maior período, porque há um maior envolvimento da equipe. E as mortes em UTI têm a conotação de que houve ineficiência da equipe e que o trabalho se perdeu. Nesse tipo de unidade fechada, não há espaço para se debaterem os sentimentos de angústia gerados pela morte (SHIMIZU, 1996).

Por fim, os profissionais pesquisados evidenciaram que se sentem desqualificados. Isso ocorre porque a UTI exige atualização constante dos profissionais, em função do rápido desenvolvimento científico e tecnológico.

No entanto, estudos mostram a falta de investimento institucional para os profissionais de enfermagem. Eles devem se conscientizar que é um direito dele e dever da instituição de saúde trabalhar a favor do seu desenvolvimento.

Essa necessidade de atualização, segundo Pereira e Kurcgant (1992), tem sido reforçada pelo avanço tecnológico e pelas constantes mudanças sociais que geram no indivíduo a necessidade de buscar, adquirir, rever e atualizar seus conhecimentos.

A educação conscientizadora de enfermeiros recém-admitidos favorece sua inserção em instituições, possibilitando a aquisição de conhecimentos considerados prioritários para o funcionamento das unidades (ITTAVO, 1997).

Trabalhadores de enfermagem que não têm treinamento permanente e adequado a sua área acabam aprendendo a usar equipamentos na base da tentativa e erro. Isso certamente causa uma angústia, pois o uso incorreto dos equipamentos pode incorrer em risco para a vida dos pacientes (SHIMIZU, 2000).

Para Figueroa (1997), o educador em saúde tem um papel essencial, que não é somente o de transmissor de informações; ele deve realizar um processo de educação significativa, que estimule, entre outros aspectos, a percepção, a imaginação, o estabelecimento de relações e a solução de problemas. Portanto, é necessário, nessas áreas, a implantação da educação permanente aos trabalhadores.

4.4 Apresentação dos Resultados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (ESRT)

A escala ESRT para danos físicos contém 12 variáveis: dores no corpo, dores nos braços, dor de cabeça, distúrbios respiratórios, distúrbios digestivos, dores nas costas, distúrbios auditivos, alterações do apetite, distúrbios na visão, alterações do sono, dores nas pernas, distúrbios circulatórios. Em relação aos danos físicos (Tabela 11), os dados demonstram, para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, a existência de desgaste físico em grau moderado.

A escala ESRT contém 11 variáveis para danos psicológicos: amargura; sensação de vazio; sentimento duradouro de desamparo; vontade de desistir de tudo; tristeza; irritação com tudo; perda da autoconfiança; imagem negativa de si mesmo; perda de autocontrole; derrotismo; choro sem razão aparente. Os resultados apontam que os danos psicológicos, (Tabela 11) para ambas as categorias encontram-se em níveis suportáveis.

A ESRT contém nove variáveis para os danos sociais: insensibilidade em relação às pessoas; dificuldades nas relações afetivas, isolamento social, dificuldades nas relações familiares, agressividade desmedida, dificuldade de ter amigos, dificuldades na vida social, dificuldades para tomar decisões na vida pessoal, desinteresse pelas pessoas em geral. Observa-se que, para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, em relação aos danos sociais, os dados apontam uma avaliação satisfatória, isto é, o trabalho na UTI causa desgastes sociais, mas em níveis considerados suportáveis.

Tabela 11: **Mediana, média e desvio padrão dos danos físicos, psicológicos e sociais dos enfermeiros**

Característica Do Dano	Enfermeiros				Técnicos de enfermagem				Total			
	n	Md	Ma	DP	n	Md	Ma	DP	n	Md	Ma	DP
Danos Físicos	26	2,8	2,7	0,7	96	2,5	2,6	0,8	122	2,6	2,6	0,8
Danos Psicológicos	26	1,7	1,8	0,6	96	1,7	1,8	0,8	122	1,7	1,8	0,8
Danos Sociais	26	1,5	1,7	0,7	96	1,4	1,7	0,7	122	1,4	1,7	0,7

n = Freqüência Absoluta, Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.4.1 Danos Físicos

Foram identificados, para ambas as categorias de profissionais, danos físicos no fator dores nas pernas; enfermeiros e técnicos de enfermagem tiveram avaliação em níveis críticos. No fator alterações no sono, somente os enfermeiros foram classificados em nível crítico (Tabela 12). Esses dados indicam que tanto para os enfermeiros como para os técnicos de enfermagem que atuam no trabalho em UTI, esse gera desgastes físicos intensos, pois os trabalhadores usam seu corpo o tempo todo para realizar os cuidados.

Os fatores dores nas costas, dores no corpo, dores nos braços, distúrbios circulatórios, para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, e as alterações no sono, para os técnicos de enfermagem, foram classificados em níveis moderados (Tabela 12). Os dados apontam que tais fatores, quando associados aos críticos, indicam um acúmulo de sintomas que afetam direta ou indiretamente o corpo dos profissionais que prestam assistência ao paciente. E por seu grau de intensidade, eles podem evoluir sob forma de agravos aos cuidadores, levando-os ao adoecimento.

Os fatores alterações do apetite, distúrbios na visão, distúrbios digestivos, distúrbios auditivos e distúrbios respiratórios foram classificados como satisfatórios. É importante destacar que grande parte dos trabalhos requer que os trabalhadores se mantenham em pé.

Tabela 12: Valores de avaliação dos danos físicos, com média, mediana e desvio padrão de enfermeiros e técnicos de enfermagem (ESTR)

Danos Físicos	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Dores nas pernas	3,8	4,0	1,0	3,7	4,0	1,2
Dores nas costas	3,2	3,0	1,2	3,3	4,0	1,3
Alterações do sono	3,8	4,5	1,4	3,0	3,0	1,3
Dores no corpo	3,1	3,0	1,1	3,0	3,0	1,2
Dores nos braços	2,3	2,0	0,9	2,8	3,0	1,3
Distúrbios circulatórios	2,6	3,0	1,3	2,6	2,0	1,5
Alterações do apetite	2,0	2,0	1,0	2,1	2,0	1,3
Distúrbios na visão	1,8	1,0	1,1	2,1	2,0	1,2
Distúrbios digestivos	2,5	2,0	1,3	2,0	2,0	1,1
Distúrbios auditivos	1,5	1,0	0,7	1,7	1,0	1,1
Distúrbios respiratórios	1,9	1,0	1,2	1,5	1,0	1,0

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.4.2 Danos Psicológicos

Verifica-se, em relação aos danos psicológicos, que eles se encontram em níveis considerados moderados nos fatores: irritação com tudo, para os enfermeiros, e tristeza, para

ambas as categorias (Tabela 13). Esses resultados foram os mais incidentes e indicam que o trabalho na UTI causa desgastes que provocam essas alterações emocionais.

Os demais fatores (irritação com tudo para os técnicos de enfermagem, perda do alto controle, perda da autoconfiança, sensação de vazio, amargura, derrotismos, choro sem razão aparente, vontade de desistir de tudo, sentimento duradouro de desamparo e imagem negativa de si mesmo) encontram-se em níveis considerados satisfatórios ou suportáveis.

Os resultados indicam que o trabalho na UTI gera algumas alterações psicoemocionais, mas em níveis moderados. Certamente contribuem para a vivência desses sentimentos as características do trabalho em UTI que requerem agilidade e precisão na realização das tarefas, pois qualquer falha aumenta o risco iminente de morte dos pacientes ali internados.

Verifica-se, ainda, que o clima na UTI pode gerar sentimentos negativos nos trabalhadores, possivelmente decorrentes das perdas, ou seja, das mortes, quando todo o aparato tecnológico e técnico-científico não consegue vencê-la.

Tabela 13: Valores de avaliação dos Danos psicológicos, com média, mediana e desvio padrão de enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme escala ESTR

Danos Psicológicos	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Irritação com tudo	2,5	2,0	1,2	2,2	2,0	1,1
Tristeza	2,5	3,0	0,9	2,3	2,0	1,2
Perda da autoconfiança	2,0	2,0	1,0	1,7	1,0	0,8
Perda do autocontrole	1,8	1,5	1,0	1,5	1,0	0,9
Sensação de vazio	1,7	2,0	0,9	1,9	2,0	1,2
Amargura	1,6	1,5	0,8	1,7	1,0	1,0
Derrotismo	1,6	1,0	0,9	1,5	1,0	0,9
Choro sem razão aparente	1,5	1,0	0,9	1,7	1,0	1,0
Vontade de desistir de tudo	1,5	1,0	0,9	1,6	1,0	0,9
Sentimento duradouro de desamparo	1,4	1,0	0,7	1,8	1,0	1,1
Imagem negativa de si mesmo	1,4	1,0	0,8	1,5	1,0	0,9

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.4.3 Danos Sociais

Nos danos sociais, ficou identificado que todos os fatores (Tabela 14), dificuldade nas relações familiares, dificuldades nas relações afetivas, insensibilidade em relação às pessoas, dificuldade na vida social, dificuldade de ter amigos, isolamento social, dificuldade para tomar decisões na vida pessoal, desinteresse pelas pessoas em geral e agressividade desmedida, foram classificados em níveis satisfatório.

Esses dados indicam que o trabalho na UTI, para ambas as categorias, pouco colabora para a ocorrência desses danos. Entretanto, expõe os profissionais a vivências de sentimentos negativos, dificuldades nas relações familiares e afetivas como os mais relevantes. Possivelmente, essas dificuldades de relacionamento interpessoais são decorrentes do intenso desgaste psicoemocional a que estão expostos no cotidiano. Por sua vez, esse desgaste provavelmente tem sua origem no compartilhamento da dor e do sofrimento com os pacientes e com os familiares que ali estão.

Além disso, o trabalho em UTI muitas vezes absorve parte da vida extra-organização do empregado, afetando consideravelmente seu tempo de dedicação à família, ao lazer e a sua convivência social. Isso ocorre devido às cargas excessivas de trabalho, aos plantões, à convivência constante com a morte, entre outras (SHIMIZU, 1996; SHIMIZU, 2000; SHIMIZU; CIAMPONE, 1999).

Tabela 14: Valores de avaliação dos Danos sociais, com média, mediana e desvio padrão de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, conforme escala ESTR

Danos Sociais	Enfermeiros			Técnicos de Enfermagem		
	Ma	Md	DP	Ma	Md	DP
Dificuldade nas relações familiares	2,0	2,0	1,1	1,7	1,0	1,0
Dificuldades nas relações afetivas	1,7	1,5	0,9	1,8	1,0	1,1
Insensibilidade em relação às pessoas	1,7	1,0	0,9	1,7	1,0	1,0
Dificuldades na vida social	1,6	1,0	0,8	1,6	1,0	0,9
Dificuldade de ter amigos	1,6	1,0	0,8	1,6	1,0	0,9
Isolamento social	1,5	1,0	0,9	1,6	1,0	1,0
Dificuldades para tomar decisões na vida pessoal	1,5	1,0	0,9	1,6	1,0	0,9
Desinteresse pelas pessoas em geral	1,5	1,0	0,8	1,7	1,0	0,9
Agressividade desmedida	1,3	1,0	0,5	1,3	1,0	0,7

Ma = Média; Md = Mediana e DP = Desvio Padrão.

4.5 Discussão dos Resultados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho

4.5.1 Danos Físicos

Neste estudo, em relação aos danos físicos provocados pelo trabalho, constatou-se que tanto os enfermeiros como os técnicos de enfermagem sofrem com o trabalho em UTI. Há uma avaliação em grau moderado, indicando que o trabalho causa desgaste físico. Apresentam-se, em grau acentuado, as dores em diversas partes do corpo.

Estudos ergonômicos têm sido realizados para analisar as posturas físicas adquiridas na execução das atividades de enfermagem. Tais estudos buscam adequar princípios da

biomecânica às respectivas atividades (ALEXANDRE, 1998; MARZIALE; ROBAZZI, 2000; ROSSI, ROCHA; ALEXANDRE, 2001; CÉLIA; ALEXANDRE, 2004).

Nesse sentido, vale ressaltar que grande parte dos cuidados despendidos pelos profissionais de enfermagem exige que eles usem seu corpo o tempo todo. Isso significa que os avanços dos recursos tecnológicos não têm poupado os trabalhadores da exposição às cargas físicas.

Geralmente os trabalhadores da UTI realizam a maior parte dos procedimentos em pé, pois os pacientes estão restritos ao leito, muitas vezes inconscientes ou em estado de coma. Portanto, eles exigem que todos os cuidados sejam prestados no leito (banho, higiene oral, mudança de decúbito, alimentação, medicações, curativos, coleta de exames).

Além disso, o trabalhador costuma percorrer longas distâncias em seu turno de trabalho, já que nem sempre os materiais e equipamentos de consumo encontram-se próximo ao leito do paciente. Colaboram para essa situação a falta de infra-estrutura física, ou seja, locais para armazenamento de materiais; a falta de organização dos recursos materiais; a insuficiência quantitativa de equipamentos; falta de roupas de cama, entre outros.

Normalmente, os trabalhadores pouco sentam em seu turno de trabalho, o que causa intenso desgaste nas pernas, com dores e outros sintomas. É comum o surgimento de doenças circulatórias, como varizes, edemas e outros problemas, em trabalhadores com longo tempo de profissão.

Outro tipo de agravo manifestado pelos trabalhadores de UTI foi a dor nas costas. Grande parte das agressões à coluna vertebral é causada por sua má postura corporal, com posições muitas vezes exigidas no desempenho das tarefas. Embora na UTI os leitos sejam mais altos para facilitar a prestação dos cuidados, os profissionais precisam se curvar o tempo todo para tratar os pacientes que estão imóveis, seja para fazer um curativo, seja para mobilizar e outros cuidados. Ressalte-se que os pacientes são muito pesados, sobretudo porque se encontram inconscientes; portanto, não podem colaborar com os profissionais, facilitando a prestação dos cuidados.

Alexandre (1998) analisou situações de trabalho que causam doenças no sistema músculo-esquelético e verificou que o ambiente e os equipamentos são os principais causadores de danos físicos. As lesões na coluna são desencadeadas por: berços, camas e macas baixos; galões pesados posicionados em base de armário; armários com soro em altura elevada; pia e bancadas de trabalho baixas; desnível entre as alturas da cama e da maca;

suporte de monitor elevado; banheiro com espaço físico muito restrito; maca de ambulância que não encaixa na maca da unidade; falta de equipamentos especiais para transportar pacientes e materiais; refil de maca que exige força para ser mobilizado; berços, camas, cadeiras de rodas e macas com rodas de difícil movimentação; relação inadequada entre computadores, mesa e cadeira. Esses fatores impõem aos trabalhadores posturas inadequadas, que causam sérios danos à coluna.

Rocha (1997) também voltou sua atenção ao estudo de tais problemas posturais e constatou que 89,0% dos trabalhadores apresentavam algum tipo de dor vertical, sendo a região lombar a mais acometida.

Rossi, Rocha e Alexandre (2001) analisaram a transferência de 249 pacientes da maca para a cama e de cadeira de rodas para a cama e observaram que os maiores causadores de danos na coluna são: a má postura adotada pelos profissionais; a falta de manutenção dos equipamentos utilizados; a falta de pessoal para ajudar nas transferências; pacientes com limitações que não colaboram como os em uso de drenos, sondas, soros, inconscientes e os obesos; a falta de treinamento da equipe na adoção de cuidados e métodos que visem ao uso da ergonomia, evitando os riscos ocupacionais.

Marziale e Robazzi, (2000) também abordaram aspectos ergonômicos e posturais no transporte de paciente, destacando as cervicodorsolombalgias em equipes de enfermagem.

Doenças denominadas lumbago e ciática são caracterizadas por dor na região lombar, que pode se irradiar para os membros inferiores e evoluir para um quadro persistente de dor isolada de membros inferiores. A cervicalgia acomete os músculos da cintura escapular e cervicais e se caracteriza pela presença de dor espontânea ou à palpação e/ou edema na região cervical, sem história de comprometimento de discos cervicais (BRASIL, 2001).

O risco de acometimento desses danos é associado a atividades que envolvem, por tempo prolongado, contração estática ou imobilização de segmentos corporais (como cabeça, pescoço ou ombros), tensão crônica, esforço excessivo, elevação e abdução dos braços acima da altura dos ombros com emprego de força e de vibrações do corpo inteiro (BRASIL, 2001).

Estudos como os de Reis, (1986), de Alexandre e Angerami, (1993), de Alexandre (1998), de Erdmann e Benedito (1995), de Marziale e Carvalho (1998), de Marziale e Robazzi (2000), de Zanon e Marziale (2000) colaboraram para que o trabalhador posicione seu corpo corretamente durante a execução de suas atividades, especialmente em áreas críticas como a UTI.

Reis (1986) destacou a importância da adoção de posturas corretas na execução dos procedimentos técnicos desenvolvidos pelos elementos que compõem a equipe de enfermagem, durante a formação desses profissionais.

Para alguns ergonomistas, isso não é suficiente, pois há necessidade de modificações também do trabalho, para que o trabalhador possa assumir uma postura corporal adequada e confortável. Leva-se em conta, ainda, a variação dos movimentos e a permanência de tempo em cada posição (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

Ressalte-se que é preciso modificar a visão de que o trabalhador adota má postura porque não está enxergando bem ou porque não regula seu assento adequadamente; na verdade, o trabalhador se esforça para responder às exigências da tarefa e das inadequadas condições da estrutura e dimensões do posto de trabalho, mobiliário e iluminação, frente às suas características antropométricas (WISNER, 1987)

Mas além do desgaste físico, constatou-se que o trabalho em UTI apresenta grande carga mental, o que contribui para afetar a qualidade do sono dos profissionais.

Como decorrência desse tipo de desgaste, verificam-se conseqüências psico-emocionais que causam alterações no sistema digestivo.

Silva e Marziale (2003) constataram que, entre profissionais da enfermagem, os problemas digestivos - diarreias, gastroenterites, gastrite nervosa e esofagite - são responsáveis também por afastamentos do trabalho. Os autores explicaram, ainda, que problemas digestivos, como gastrite nervosa, podem ser conseqüência de ambiente estressante associado à dor, ao sofrimento e à morte. A exposição a drogas cistostáticas pode desencadear problemas digestivos e provocar danos hepáticos nos trabalhadores que as manipulam. A adaptação ao trabalho em turnos propicia tendências a perturbações gastrointestinais, como úlceras pépticas e duodenais, gastroduodenites, anorexia e obstipação intestinal.

Frente aos diversos danos físicos, Erdmann e Benedito (1995) propuseram o uso da ergonomia como instrumento de análise do processo de trabalho de enfermagem, para a formulação de uma metodologia de ação comprometida com a relação saúde-vida laboral.

4.5.2 Danos Psicológicos

Relativamente aos danos psicológicos, ficou demonstrado que, para os sentimentos de tristeza e de irritação com tudo, em ambas as categorias, seu grau é moderado/crítico.

Isso ocorre porque os trabalhadores da área de enfermagem são constantemente expostos a vivências negativas desgastantes, decorrentes do confronto cotidiano com situações de sofrimento e de morte, durante a prestação da assistência direta aos pacientes.

Para suportar o sofrimento, os profissionais de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente utilizam estratégias defensivas, como a fragmentação da relação cuidador – paciente, a despersonalização e a negação da valorização do indivíduo, além de distanciamento e negação de seus próprios sentimentos, quando assistem ao paciente diretamente (SHIMIZU, 2007).

Essas estratégias, embora os ajudem, não garantem a redução do sofrimento; portanto, eles estão expostos à diversidade e à simultaneidade de cargas mentais, devido a peculiaridades do trabalho, como por exemplo lidar com o limite entre a vida e a morte, que podem gerar fadiga.

A fadiga é um fenômeno preocupante, de difícil conceituação, interpretação e aferição; torna-se um aspecto complexo, porque serve para nomear um estado global resultante de desequilíbrio interno, devido ao sistema de relações do organismo (MARZIALE; ROSESTRATEN, 1995).

A fadiga mental pode ter origem no inter-relacionamento de fatores profissionais e/ou extra-profissionais com as características do indivíduo. Entre esses fatores, podem ser citados: iluminação inadequada, desconforto térmico, sonoro, pausas insuficientes, jornadas prolongadas esquemas de turnos, vícios posturais, trabalho monótono e repetitivo, mau relacionamento, responsabilidade, salário, alta concentração mental e ambiente de trabalho estressante, baixo padrão de vida, problemas de alimentação, habitação, vestuário, transporte, assistência social e médica (ESPOSITO *et al.*, 1980).

Na Cartilha do Trabalhador de Enfermagem ABEn., Bulhões (2006, p. 32) esclareceu que a sobrecarga mental e a psíquica advêm

do confronto entre o sofrimento, solidão, monotonia, falta de estímulo, de reconhecimento e de contato com os superiores; comunicações numerosas, mas breves; dificuldades para escutar o doente; inexistência de reuniões ou de grupos de expressão sobre os problemas psíquicos da relação com o paciente e com a morte, as diversas modalidades do exercício de autoridade (os conflitos médico x enfermeira, enfermeira x técnico de enfermagem); trabalho de supervisão, trabalhos realizados sob pressão de tempo. Acrescente-se as várias formas de terceirização nos serviços públicos de saúde e a conseqüente precarização das relações no trabalho. Sensação de desvalorização crônica, falta de participação nas decisões, má utilização

das competências e das capacidades, alta rotatividade nos postos de trabalho, condições de penúria imposta pelos baixos salários.

Relativamente à carga mental no trabalho em UTI, tem-se que a diversidade e a complexidade dos procedimentos técnicos, o processo hierárquico, as interrupções frequentes do trabalho e os imprevistos contribuem para a geração da fadiga.

Os danos psíquicos aos profissionais da enfermagem têm também sua origem no alto nível de responsabilidade e na necessidade de precisão na realização das tarefas, haja vista que qualquer falha pode prejudicar, seqüelar ou matar um paciente. Isso submete esses profissionais a um alto nível de estresse.

É ainda importante refletir sobre o trabalho em turnos. Tal esquema diminui a tolerância dos profissionais, uma vez que eles lidam de forma direta e constante com situações estressantes as quais, por sua vez, exigem capacidade de raciocínio e concentração superiores. A busca constante dos acertos, evitando erros, faz com que os profissionais de saúde terminem por cometer falhas com maior frequência, além de diminuírem a qualidade dos cuidados por eles prestados.

Assim, devido à impossibilidade de acabar com o trabalho em turnos na enfermagem, é importante e necessária a sensibilidade dos gestores para com o problema. Isso pode ser feito, por exemplo, por meio da elaboração de escalas de trabalho condizentes para a organização do serviço, a fim de se visualizar a merecida folga aos profissionais, destinada à realização de atividades de lazer e descanso, à semelhança dos outros que não exercem sua atividade profissional por turnos. É oportuno destacar que, ao seguir para o turno da noite, o enfermeiro ou técnico de enfermagem tenha direito a sua folga semanal, como forma de possibilitar-lhe a recuperação do desgaste físico e psicológico a que foi submetido (AMARO; JESUS, 2007).

Diariamente a equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva se depara com a angústia do processo de morrer, o sofrimento dos pacientes ou com a morte parcial do corpo daqueles que sobrevivem. Essa angústia se deve às mudanças na qualidade de vida do doente, provocadas por seqüelas advindas de sua doença.

Encontrar-se frente a situações de morte é insuportável para muitos. E a UTI, com suas características de isolamento, favorece o surgimento desse espaço de dor, na medida em que tenta ocultar e a isolar a morte do convívio social, impedindo o compartilhamento dessa dor (GUTIERREZ, 2003).

Autores como Wolff (1996) procuraram demonstrar sua preocupação com as perdas (morte) em ambientes como as UTIs, fechados, frios, repletos de aparelhos tecnicamente necessários, mas sem a participação da família e do próprio paciente. Esse, muitas vezes inconsciente, não interage nesses momentos finais de sua vida nem com os profissionais, nem com sua família, deixando aqueles vulneráveis e expostos a cenas de um cotidiano de alta pressão social.

Em sua pesquisa sobre cuidadores em UTI pediátrica, Wolff (1996) afirmou que é comum o ser humano morrer em hospitais, em meio ao aparato tecnológico que prolonga, a todo custo, a vida do paciente, mesmo em situações limite, quando já não há qualquer expectativa de reversibilidade de seu quadro. Ao mesmo tempo, paradoxalmente, esse prolongamento tira sua dignidade, e ele (o paciente) passa a ser observado como um objeto clínico, sem direito de opinar sobre decisões a ele afetas, como se a vida já não lhe pertencesse. Consciente dessa realidade, a equipe de enfermagem sente-se culpada por fazer parte de tal sistema, entendendo que, como objeto, o paciente é condenado a morrer lentamente e sujeitando-se a condições humilhantes e desumanas.

Shimizu (2000) concluiu que há um grande envolvimento emocional dos trabalhadores de enfermagem de UTIs com os pacientes de que cuidam, gerando sofrimento. Esse sofrimento é marcado por um desgaste psíquico, principalmente quando não existe a possibilidade de cura. A autora afirmou, ainda, que trabalhadores entrevistados em sua pesquisa, ao enfrentar a morte de seus pacientes, demonstraram sentimentos de perda como se eles fossem membros da família.

O contato com a morte é uma grande fonte de sofrimento para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, principalmente quando eles têm um maior vínculo com os pacientes. Geralmente isso ocorre quando esses permanecem internados por um longo período. Na ocorrência da morte de pacientes jovens e de crianças, estas são as mais difíceis de ser enfrentadas pelos profissionais da enfermagem, que também buscam subterfúgios ou defesas inconscientes que ajudam a elaborar um vínculo frágil com o paciente prestes a morrer. Entre tais vínculos, citam-se os aspectos humanitários e religiosos, inerentes à própria profissão. Contudo, as defesas, tanto individuais quanto coletivas, são insuficientes para amenizar o sofrimento desses profissionais. Com isso, muitos deles, diariamente, carregam sentimentos e conflitos relacionados com a perda do paciente para a sua vida particular (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999).

O profissional de enfermagem na cultura ocidental está despreparado para as questões associadas à morte e ao morrer, inclusive, isso é considerado um tema proibido nas instituições de saúde; os hospitais são considerados locais de cura, e quem os procura tem a esperança de sair de lá curado (GUTIERREZ, 2003)

Em relação aos fatores externos envolvendo as atividades dos profissionais de enfermagem, destaca-se que grande parte dos trabalhadores em UTI ainda são do sexo feminino, como comprovam dados desta pesquisa. Muitas estão expostas a duplo desgaste com segunda ou terceira jornada de trabalho em seus lares; portanto, sofrem desgastes intensos do trabalho fora.

Nesse contexto de sofrimento, Elias e Navarro (2006) explicitaram, de forma clara, a possibilidade de adoecimento por danos emocionais, alertando que os trabalhadores do ramo hospitalar estão expostos a sofrimentos psíquicos. Isso é bastante comum e é considerado um agravante que parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos aqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, frequentes entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4.5.3 Danos Sociais

Verificou-se que os níveis de avaliação para danos físicos encontram-se em grau suportável ou satisfatório, apesar de eles terem evidenciado que os trabalhadores de enfermagem apresentam algumas dificuldades nas relações sociais. Provavelmente, tais sentimentos têm origem no trabalho emocionalmente desgastante a que se submetem tais trabalhadores, pois lhe são requeridos auto-continência com a dor e com o sofrimento, diante daqueles de quem cuidam.

É necessário que o profissional de enfermagem, em sua atividade laboral, possua a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com os pacientes e seus familiares, quer com toda a equipe multidisciplinar a qual integra.

Quando a carga emocional é excessiva, os profissionais utilizam estratégias defensivas que, muitas vezes, não são suficientes para amenizar o sofrimento; conseqüentemente, as

pessoas abrigam sentimentos mal elaborados que as prejudicam (SHIMIZU; CIAMPONE 1999; SHIMIZU, 2000).

O trabalho geralmente absorve parte da vida extra-organização do empregado, afetando consideravelmente seu tempo de dedicação à família, tempo de lazer e sua convivência comunitária.

As cargas excessivas de trabalho, plantões, convivência constante com a morte, entre outras, levam os profissionais de enfermagem a apresentar fortes vivências de estresse e outras doenças relacionadas ao trabalho.

Nesse sentido, pode-se destacar a síndrome de *Burnout*, um problema relevante para as profissões nas quais os relacionamentos humanos assumem particular importância, como é o caso da profissão de enfermagem.

Estudos realizados nos Estados Unidos da América indicaram que a síndrome de *Burnout* constitui-se em um dos grandes problemas psicossociais da atualidade. Por isso, desperta interesse e preocupação, não só por parte da comunidade científica internacional, mas também das entidades governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e européias. Essa síndrome traz conseqüências severas, tanto em nível individual como organizacional (CARLOTTO; GOBBI, 2003).

Codo, Vasques e Menezes (2000) explicaram que, na abordagem sociopsicológica, a síndrome de *Burnout* aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, pois cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho.

Os autores ainda salientaram que a manifestação pode ser física, psíquica ou uma combinação entre os dois. Os trabalhadores percebem que já não dispõem mais energia para o atendimento ao cliente ou às demais pessoas. Há uma espécie de endurecimento afetivo ou insensibilidade emocional por parte do trabalhador, prevalecendo o cinismo e a dissimulação afetiva. Portanto, a síndrome de *Burnout* refere-se a um conjunto de sinais e sintomas frente aos quais o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, fazendo com que as coisas não tenham mais importância, e qualquer esforço lhe parece inútil.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p.259) esclareceram, em um estudo sobre a síndrome de *Burnout* e o estresse, que a enfermagem foi classificada pela *Health Education*

Authority como a quarta profissão mais estressante no setor público, entre as que vêm tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social.

Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os quais o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro. Além disso, a situação de achatamento de salários agrava a situação, obrigando os profissionais a ter mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante. O sistema social e econômico no qual vivemos, produz, sem dúvida, grandes desigualdades. A concentração de renda a favor do capital, em detrimento do trabalho, é uma das principais manifestações do sistema capitalista vigente.

O sofrimento do indivíduo tem conseqüências sobre seu estado de saúde e igualmente sobre seu desempenho, pois causa alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões econômicas e sociais.

Ainda sobre a relação entre a síndrome de *Burnout*, o estresse e a relação com a enfermagem, foi observado que a síndrome ocorre quando o lado humano do trabalho não é considerado; no estresse, não estão envolvidas tais atitudes e condutas, pois trata-se de um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A partir do entendimento de que o cuidado, na enfermagem, é uma relação entre dois seres humanos, sendo que a ação de um resulta no bem-estar do outro, com a profissionalização dos cuidados a serem prestados, criou-se, conforme Codo (2000), uma tensão *entre vincular-se versus não vincular-se, em que o circuito da relação ao homem objeto não pode ser completado de forma satisfatória.*

Estudando a relação entre os comportamentos assertivos e a síndrome de *Burnout*, foram avaliados 239 enfermeiros que exerciam cargo de gestão em serviços públicos de saúde em Portugal. Utilizou-se, como instrumento para a avaliação da síndrome, o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI), desenvolvido pela investigadora Maslach e útil na avaliação do *Burnout* em profissionais de ajuda ou de relação, como é o caso dos profissionais de enfermagem. Após dois anos de estudos, os pesquisadores concluíram que a existência da síndrome de *Burnout* na enfermagem é considerada moderada/leve (AMARO; JESUS, 2007).

A equipe de enfermagem passa, constantemente, por situações estressantes e de envolvimento emocional no trabalho diário do cuidar. Isso é vivenciado no conjunto de

trabalhadores denominado equipe multidisciplinar. Na UTI, o trabalho, dependendo do clima da equipe, pode ser gerador de distúrbios emocionais, de estresse, descontentamento, de desinteresse, de agressividade, de isolamento social e de dificuldades na vida social.

Com foco no trabalho em equipe, Martins (2003) referiu-se às relações de grupo, citando autores como Peiró, Laing e Chiavenato, que consideraram, respectivamente, como principais estressores dessa relação: a falta de coesão; as pressões de grupo; o clima grupal e os conflitos de grupo.

É reconhecido que a falta de coesão nos grupos pode constituir uma fonte importante de estresse, com evidências empíricas desse efeito geradas pela excessiva ou pela escassa coesão de um grupo e suas consequências. Por exemplo, em condições de trabalho de risco ou perigo, a coesão pode representar um forte apoio emocional e instrumental.

Quanto às pressões de grupo, essas podem resultar em experiências de estresse; são pressões exercidas pelo grupo para que os membros se ajustem a suas normas e expectativas. Elas podem resultar em fonte de estresse, se com elas se pretender reduzir, modificar ou anular, valores e crenças relevantes para o indivíduo, levando a várias alterações psicológicas e comportamentais.

O clima de uma equipe ou grupo de trabalho é também considerado um estressor importante para seus membros. O termo "clima de grupo" (ou de equipe) refere-se ao ambiente interno verificado entre os membros dos grupos nas organizações e está intimamente relacionado com o grau de motivação dos indivíduos.

Quando há uma elevada motivação entre os membros de um grupo, o clima entre eles traduz-se por relações gratificantes de satisfação, por interesse e em colaboração. Contrariamente, uma fraca motivação entre membros reflete-se no clima de grupo, dando origem a problemas emocionais que se manifestam por meio de depressão, de desinteresse, de apatia e de insatisfação, podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade (MARTINS, (2003).

Capítulo 5

TESTES ESTATÍSTICOS

Neste capítulo, o intuito é avaliar se existe diferença entre os profissionais que estão em início de carreira, em comparação aos profissionais que estão em final de carreira, no que diz respeito aos danos físicos, psicológicos e sociais da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho e à realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento, da Escala de Prazer-Sofrimento no Trabalho. Dessa forma, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que utiliza a classificação dos danos em postos (ranks) para o cálculo da significância das diferenças.

A diferenciação entre os profissionais que estão em início de carreira e os profissionais em final de carreira foi feita utilizando-se o critério temporal: abaixo de sete anos (inclusive), os técnicos e enfermeiros foram enquadrados na categoria início de carreira. Acima de quinze anos (inclusive), os entrevistados foram considerados na categoria final de carreira. Das 122 pessoas disponíveis, 94 representam essa classificação, ou seja, 77,0%.

Primeiramente, foram realizados os testes na Escala de Prazer – Sofrimento no Trabalho (EPST) e, em seguida, na Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (ESRT)

5.1 Escala de Prazer-Sofrimento no Trabalho

Essa escala trata de fatores positivos, como a realização profissional e a liberdade de expressão, e de fatores negativos, como o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento. Para os técnicos de enfermagem, apenas o que se relaciona ao esgotamento profissional teve diferenças estatisticamente significantes, quando se comparou o início com o final da carreira.

Já para os enfermeiros, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes no que tange à liberdade de expressão. Todas as demais diferenças, entre os dados de início e final de carreira, não foram consideradas significantes, pelo teste de Kruskal-Wallis.

Constam da Tabela 15 os resultados das diferenças entre as variáveis analisadas nas duas categorias pesquisadas.

Tabela 15: Variáveis estatísticas dos sentimentos de Prazer e Sofrimento no Trabalho, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, no início e final de carreira, segundo o teste de Kruskal Wallis

Vertente	Enfermeiros			Técnicos de enfermagem		
	N	Início de	Final de	N	Início de	Final de
		carreira	Carreira		carreira	Carreira
Realização Profissional	21	10,0	12,8	73	35,4	40,1
Liberdade de Expressão ²	21	8,3	16,3	73	36,3	38,3
Esgotamento Profissional ¹	21	11,1	10,7	73	40,6	29,4
Falta de Reconhecimento	21	11,2	10,5	73	38,4	34,0

1 - Diferença estatisticamente significativa, a 99,0%, para os enfermeiros.

2 - Diferença estatisticamente significativa, a 95,0%, para os técnicos de enfermagem.

5.2 Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho

Na Tabela 16, encontram-se os pontos calculados para cada tipo de dano (físico, psicológico e social), categorizado pela profissão do entrevistado. Apesar de algumas diferenças parecerem ser significantes, o teste de Kruskal-Wallis não confirmou tal hipótese, em nenhum dos casos.

Tabela 16: Informações estatísticas para os danos físicos, psicológicos e sociais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no início em final de carreira, segundo o teste de Kruskal Wallis *

Tipo de dano	Enfermeiros			Técnicos de enfermagem		
	N	Início de	Final de	N	Início de	Final de
		carreira	Carreira		carreira	Carreira
Danos Físicos	21	11,2	10,5	73	37,3	36,2
Danos Psicológicos	21	12,0	8,9	73	39,0	32,9
Danos Sociais	21	12,1	8,7	73	36,8	37,2

* - Nenhuma diferença, estatisticamente significativa, foi encontrada.

5.3 Comparativo dos Dados Encontrados nas Escalas para o Início e Final de Carreira

Para a realização dos testes aqui apresentados, o universo da pesquisa foi reduzido de 122 para 94 pessoas, isto é, para 77,0% dos participantes iniciais. Essa redução deveu-se ao fato de que trabalhadores em início de carreira têm até 7 anos de exercício e em final de carreira, mais de 15 anos. Isso excluiu 28 trabalhadores em fase intermediária de 7 a 15 anos de carreira

Procedendo aos testes, que foram divididos, primeiramente, entre as escalas EPST e ESRT e entre o tipo de cargo do entrevistado (técnico em enfermagem e enfermeiro), foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Analisando a escala EPST, a hipótese de que a liberdade de expressão é a mesma no início e no final da carreira foi rejeitada pelos enfermeiros: não há uma maior liberdade de expressão no final da carreira, segundo os dados. Outra hipótese, a de que o esgotamento profissional é o mesmo no início e no final da carreira, foi rejeitada pelos técnicos de enfermagem, indicando que há um esgotamento maior no início da carreira.

Para a escala ESRT, a hipótese de que os danos físicos, sociais e psicológicos, no início e final da carreira, são iguais foi aceita para ambos os cargos, indicando que não importa se o entrevistado é técnico em enfermagem ou enfermeiro. Também não importa se o mesmo encontra-se no início ou no final da carreira; os danos físicos, sociais e psicológicos são os mesmos, de acordo com os entrevistados nesta pesquisa.

As demais hipóteses testadas foram aceitas, baseando-se no teste de Kruskal-Wallis.

CONCLUSÃO

A partir do referencial teórico escolhido, a psicodinâmica do trabalho, com o foco voltado para a descoberta do prazer e do sofrimento e para o adoecimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham em UTI, pôde-se perceber que os trabalhadores de uma mesma categoria profissional, submetidos às condições de trabalho adversas e às constantes situações de estresse, tensão, esforço físico, entre outras situações, podem adoecer com o passar do tempo.

Nesse contexto, afirma-se que a organização do trabalho tem uma participação importante no processo, porque a enfermagem traz consigo a herança da administração rígida, na qual um delega para que o outro cumpra.

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar a temática, por acreditar que muitos desdobramentos das evidências aqui encontradas poderão ser futuramente discutidos.

A apresentação dos dados desta pesquisa reflete a vivência e os enfrentamentos dos profissionais de enfermagem que prestam assistência direta aos pacientes, como cuidador no ambiente da UTI.

Algumas situações de relevada importância dos achados desta pesquisa objetivam a melhoria das condições de trabalho da população estudada, sendo que tais aspectos podem propiciar a redução dos distúrbios psico-emocionais, sofrimento, estresse e adoecimentos, refletindo diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores.

A escala EPST apontou que o trabalho de enfermagem proporciona sentimentos de realização profissional e de liberdade de expressão, o que leva a vivências de prazer.

Contudo, ficou também demonstrado que o trabalho em UTI causa esgotamento profissional, o que, juntamente com a falta de reconhecimento, gera sofrimento no trabalho.

Os resultados da escala ESRT demonstraram que o trabalho de enfermagem na UTI causa danos físicos considerados de grau moderado. Entretanto, esses danos provocam desgastes corporais que causam diversos tipos de dores.

Os danos psicossociais demonstraram estar em níveis satisfatórios, porém, os enfermeiros e técnicos deixaram clara a vivência de diversos sentimentos negativos, demonstrando que o trabalho causa o sofrimento e isolamento social.

Após comparação dos dados das escalas ESRT e EPST, neste trabalho constatou-se que os danos físicos, sociais e psicológicos, no início e final da carreira, não se alteram, tanto para enfermeiros como para técnicos de enfermagem.

A liberdade de expressão no final da carreira foi maior para os enfermeiros e para os técnicos de enfermagem, mantendo-se inalterada tanto no início como no final da carreira.

Há um esgotamento profissional maior no início da carreira para os técnicos de enfermagem; porém, para os enfermeiros, não se altera tanto no início como no final da carreira.

Assim, após serem identificados o prazer, o sofrimento e os riscos de adoecimento na população de enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, conclui-se que há sofrimento no trabalho de enfermagem, tanto físico como mental e social. Porém, os profissionais da equipe de enfermagem buscam o equilíbrio psíquico utilizando estratégias de mediação que equilibram os sentimentos de prazer e o sofrimento no dia a dia de trabalho, para evitar o adoecimento.

Resultados de queixas e de sentimentos consolidados em outros estudos sobre o prazer e sofrimento no trabalho como o de Linhares (1994), de Mendes (1994), de Shimizu (1996 e 2000), de Ferreira & Mendes (2003) e de Vieira (2005) indicaram que o trabalho é fonte geradora de prazer e de sofrimento. Por isso, as condições que cercam as atividades dos profissionais relacionados com a área da saúde e principalmente a resposta desses a essas condições precisam ser mais estudadas e valorizadas. Isso porque a terapia intensiva, no que diz respeito ao trabalho intra-hospitalar, precisa de trabalhadores ajustados e equilibrados para a atuação junto aos pacientes.

No que se refere às novas perspectivas, esta pesquisa aponta a necessidade de se elaborar uma agenda de trabalho diferente, a partir de um diagnóstico realizado com base em pesquisa qualitativa. Deve-se investigar, mais detalhadamente, os processos de trabalho (análise da atividade e do posto de trabalho), as contradições subjacentes ao prazer-sofrimento e o papel das estratégias de mediação para a saúde e para a mudança das condições de trabalho.

Por fim, espera-se que a esta pesquisa possa ser conhecida e discutida pelas categorias e transformar-se em instrumento político de mudanças positivas, que incrementem ações institucionais para a melhoria das condições de trabalho desse importante segmento do serviço público.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, L.C.F.R. **Os determinantes da felicidade no trabalho**: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros. Dissertação (Mestrado). 2000. São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Rev Latino-am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 103-109, outubro 1998.

ALEXANDRE, N.M.C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 32, n. 1, p. 84-90, abr. 1998.

ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 21, n. 77, p. 81-90, jan. 1993.

AMARO, H.J.F; JESUS, S.N. Comportamentos comunicacionais assertivos e burnout nos profissionais de enfermagem. **Rev Nursing** n 221, Jun. 2007. Disponível em: <www.forum-enfermagem.org> Acesso em: 20 de outubro de 2007.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais**: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional. Dissertação (Mestrado) 1989. Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina.

BARBOZA, D.B.; SOLER Z.A.S.G. Retiros del trabajo en la enfermaría: ocurrencias en trabajadores en un hospital de enseñanza. **Rev Latino-am Enferm** v.11, n.2, 2003.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o estresse. **Rev Esc Enferm USP**, v. 34, n. 4, dez. 2000.

BRADLEY, J. R.; CARTWRIGHT, S. Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. **Int J of Stress Management**, v. 9, n. 3, p. 163-182, July 2002 (2002).

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Lei n.º 3.320/2004 de 18 de fevereiro de 2004 e Decreto n.º 24.357, de 9 de janeiro de 2004, Diário Oficial do Distrito Federal, n 117, de 22 de junho de 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 3751, NR 17 Ergonomia. Brasília, 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) Resolução RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamentação técnica, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3432/MS/GM, de 12 de agosto de 1998. Anexos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

BULHÕES, I. **Cartilha do trabalhador de enfermagem, saúde, segurança e boas condições de trabalho**. Associação Brasileira de Enfermagem Seção RJ (ABEn/RJ), Gestão 2004-2007, Rio de Janeiro, 2006.

CARLOTTO, M.S; GOBBI, M.D. **Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho?** Canoas: ULBRA, 2003. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/psicologia/margobl.htm>.> Acesso em 15 de novembro de 2007.

CAIXETA, R.B; BRANCO, A.B. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):737-746, mai-jun, 2005.

CÉLIA, R.C.R.S; ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos e sintomas osteomusculares em um setor de transporte de pacientes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 1, abr 2004.

CODO W.; VASQUES-MENEZES, I. **Burnout**. São Paulo: Kingraf, 2000.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho**. Trad. Franck Soudant. Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

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

DEJOURS, C. Que Sofrimento? In: **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1998, p. 48-52.

DO. Diário Oficial do Distrito Federal, nº 117, edição de 22 de junho de 2004.

ECHER, I. C. *et al.* Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm** v. 20, n. 2, 1999.

ELIAS, M.A; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um Hospital Escola. **Rev Latino-am Enferm**, v.14, v. 4, 2006.

ERDMANN, A.L.; BENEDITO, G.A.V. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 41-6, jan./jun. 1995.

ESPOSITO, I. *et al.* Repercussões da fadiga psíquica no trabalhador e na empresa. **Rev. Bras.Saúde Ocup.**, v. 8, n. 32, p. 37-45, 1980.

ESTRYN; BEHAR, M. Ergonomia y salud en el trabajo (I): el caso de las profesionales hospitalarias. **Rev ROL de Enferm**, n. 215-216, p. 25-30, 1996.

FERRAZ, F.A. O mal estar no trabalho. In: VOLICH, M.; FERRAS, F.A; ARANTES, M (Org.) **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

FERRAZ, C. A. **A transformação da administração em enfermagem – da gerência científica à gerência sensível.** Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 1995. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores –fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília: Ler, Pensar, Agir, 2003.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M.; BORGES, L.O. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, Ana Magnólia, BORGES, Livia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Org). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: EdUnB, 2002.

FIGUEIROA, A. Livre vontade do usuário frente à educação em saúde. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 6, n. 3, 1997.

FOSSÁ & FIGHERA. A comunicação e a díade prazer e sofrimento no contexto organizacional. **Enanpad. XXVII Encontro**. FREUD, S (1920). Além do princípio do prazer: Rio de Janeiro: Imago, 2004.

GUTIERREZ, B.A.O. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2003. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

HUTRI, M.; LINDEMAN, M. The role of stress and negative emotions in an occupational crisis. **J of Career Develop**, v. 29, n. 1, p.19-36, 2002.

ITTAVO, J. **Inserção de enfermeiros recém graduados admitidos em área hospitalar: um programa de educação conscientizadora**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 1997. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev Gaúcha Enferm**, v.18, n.2, p.133- 44, 1997.

LINHARES, N.J.R. **Atividade, Prazer-Sufrimento e estratégias Defensivas do Enfermeiro: um estudo na UTI de um hospital público do DF**. Dissertação (Mestrado). 1994. Brasília. Universidade de Brasília.

LINO, M.M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado). 2004. São Paulo. Universidade de São Paulo.

LINO, M.M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI**. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction. Dissertação (Mestrado). 1999. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

LUNARDI FILHO, W.D **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. Dissertação. 1995. Porto Alegre. Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

MARTINS, M. C. A. Situações indutoras de estresse no trabalho de enfermeiros em ambiente hospitalar, Millenium. **Rev do ISPV**, n. 28, out. 2003.

MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C.de. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev Latino-am Enferm**, v. 6, n. 1, jan 1998.

MARZIALE, M.H.P.; MELO, M.R.A.C.; SILVA, E.M. A postura corporal adotada pela enfermeira durante a execução de seu trabalho. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 19, n. 73, abr./maio/jun. 1991.

MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Rev Latino-am Enferm**, v. 8, n. 6, dez 2000.

MARZIALE, M.H.P.; ROSESTRATEN, R.J.A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 3, n. 1, jan 1995.

MENDES, A.M.; ABRAHÃO. **Prazer e Sofrimento no Trabalho Qualificado**: um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. Dissertação. (Mestrado), 1994.

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

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer sofrimento no trabalho. **Revista PSICO- USF**, v.6, n. 1, 2001.

MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Unb, 2002.

MENDES; A. M. Satisfação e prazer no trabalho: a perspectiva da psicodinâmica. **Psicologia Online**. Disponível em: <www.pol.org.br/publicacoes> Acesso em: 7 de maio de 2004.

MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho.** Tese (Doutorado). 2004. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEAO, A.A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 13, n. 2, mar./apr. 2005.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M.C. Ocorrência de acidentes de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, n. 2, abr 2004.

PALÚ, L. A.; LABRONICI, L. M.; ALBINI L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Cogitare Enferm**. 2004; (9)1:56-79.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese (Doutorado). 1998. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PEREIRA, L.L.; KURCGANT, P. A participação do enfermeiro nos programas de aperfeiçoamento. **Rev Bras Enferm**, v. 45, n.4, 1992.

PITTA A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1991.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 10, n. 40, 1982.

REIS, I.N. Doenças ocupacionais: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do DF. **IL F. A. Publ. Cient.** v. 1, n. 2, 1986.

RIBEIRO, E. J. G. **Estudo de acidentes de trabalho com trabalhadores de um hospital escola do Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado) 2004. Brasília. Universidade de Brasília.

ROCHA, A.M. **Fatores ergonômicos e traumáticos envolvidos na ocorrência de dor nas costas em trabalhadores de enfermagem.** Dissertação (Mestrado) 1997. Belo Horizonte. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

ROSSI, C.G; ROCHA, R.M; ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos na transferência de pacientes: um estudo realizado com trabalhadores de uma central de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n.3, 2001.

SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev Elet de Enferm**, v. 8, n. 3, 2006.

SENTONE, A. D. D. *et al.* Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Seminário Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, jan./dez. 2002.

SHIMIZU, H.E, CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, v. 4, jul/ago 2003.

SHIMIZU, H.E; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, v. 33, n. 1, 1999.

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

SHIMIZU, H.E **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola**. Tese. 2000. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.3, mai/jun 2007.

SILVA, D. M. P.P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enferm**, v. 8, n. 5, 2000.

SILVA, D. M. P.P.; MARZIALE, M. H. P. **Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA, E. **A saga da Fundação Hospitalar do Distrito Federal: a medicina da poeira e da lama.** Brasília: Copacabana, 2000.

SPINDOLA, T. SANTOS, R.S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 11, n. 5, set/out 2003.

VIEIRA, A. P. **Prazer sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento** Dissertação (Mestrado) 2005. Brasília. Universidade de Brasília.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho.** Ergonomia: método e técnica. São Paulo: FTD/OBORÉ.,1987.

WOLFF, L.D.G. **A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** Dissertação (Mestrado) 1996. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.

ZANON, E.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados **Rev Esc Enf USP**, v. 34, n. 1, mar. 2000.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde

ESCALA DE PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO (EPST) E ESCALA DE SINTOMAS RELACIONADOS AO TRABALHO (ESRT)

Esta pesquisa é composta por duas escalas e tem por objetivo coletar informações sobre como você percebe o seu trabalho atual.

- ✓ Não é necessário se identificar.
- ✓ Não existe resposta certa, o importante é a sua opinião.
- ✓ As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por outras pessoas.

Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho(ESRT)

Agora, você vai encontrar itens que retratam tipos de *problemas físicos, psicológicos e sociais que são essencialmente causados pelo seu contexto de trabalho.* Marque o número que melhor corresponde à intensidade com a qual eles estão presentes atualmente.

1	2	3	4	5
Nada presente	Pouco presente	Mais ou menos presente	Bastante presente	Totalmente presente

1. Dores no corpo	1	2	3	4	5
2. Dores nos braços	1	2	3	4	5
3. Dor de cabeça	1	2	3	4	5
4. Distúrbios respiratórios	1	2	3	4	5
5. Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
6. Dores nas costas	1	2	3	4	5
7. Distúrbios auditivos	1	2	3	4	5
8. Alterações do apetite	1	2	3	4	5
9. Distúrbios na visão	1	2	3	4	5
10. Alterações do sono	1	2	3	4	5
11. Dores nas pernas	1	2	3	4	5
12. Distúrbios circulatórios	1	2	3	4	5
13. Tristeza	1	2	3	4	5
14. Irritação com tudo	1	2	3	4	5
15. Derrotismo	1	2	3	4	5

16. Perda da autoconfiança	1	2	3	4	5
17. Dificuldades nas relações familiares	1	2	3	4	5
18. Perda do autocontrole	1	2	3	4	5
19. Desinteresse pelas pessoas em geral	1	2	3	4	5
20. Dificuldade de ter amigos	1	2	3	4	5
21. Dificuldades para tomar decisões na vida pessoal	1	2	3	4	5
22. Amargura	1	2	3	4	5
23. Sensação de vazio	1	2	3	4	5
24. Sentimento duradouro de desamparo	1	2	3	4	5
25. Insensibilidade em relação às pessoas	1	2	3	4	5
26. Dificuldades nas relações afetivas	1	2	3	4	5
27. Isolamento social	1	2	3	4	5
28. Imagem negativa de si mesmo	1	2	3	4	5
29. Dificuldades na vida social	1	2	3	4	5
30. Agressividade desmedida	1	2	3	4	5
31. Choro sem razão aparente	1	2	3	4	5
32. Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5

Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST)

A seguir, você vai responder itens referentes às vivências positivas e negativas em relação ao seu trabalho atual. Assinale de acordo com a escala, o número que melhor corresponde à frequência com a qual

Nunca	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Sempre
-------	-----------	----------	----------------	--------

1. Liberdade para usar o estilo pessoal	1	2	3	4	5
2. Liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas	1	2	3	4	5
3. Solidariedade com os colegas	1	2	3	4	5
4. Confiança nos colegas	1	2	3	4	5
5. Liberdade para dizer o que pensa no local de trabalho	1	2	3	4	5
6. Reconhecimento	1	2	3	4	5
7. Desvalorização	1	2	3	4	5
8. Indignação	1	2	3	4	5
9. Injustiça	1	2	3	4	5
10. Satisfação	1	2	3	4	5
11. Prazer	1	2	3	4	5
12. Motivação	1	2	3	4	5
13. Orgulho	1	2	3	4	5
14. Bem-estar	1	2	3	4	5
15. Valorização	1	2	3	4	5
16. Realização profissional	1	2	3	4	5
17. Identificação com as tarefas que realiza	1	2	3	4	5
18. Esgotamento emocional	1	2	3	4	5

19. Estresse	1	2	3	4	5
20. Insatisfação	1	2	3	4	5
21. Desgaste	1	2	3	4	5
22. Frustração	1	2	3	4	5
23. Inutilidade	1	2	3	4	5
24. Insegurança	1	2	3	4	5
25. Desqualificação	1	2	3	4	5

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade:() 2º Grau Completo

() Superior Incompleto

() Superior

() Pós-graduação

Estado Civil: _____

Cargo atual: _____

Lotação : _____

Tempo de serviço na instituição: _____ anos.

Tempo de serviço no cargo: _____ anos.

Quantas horas trabalha por semana: _____

Quantos empregos você tem : _____

Qual o seu lazer : _____

Pratica atividades físicas

Nunca () Raramente () Frequentemente ()

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidado a participar do estudo “Avaliação dos Referenciais de Prazer e Sofrimento em Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Escola de Brasília Distrito Federal”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

O objetivo deste estudo é identificar quais são os referenciais de prazer, sofrimento e adoecimento, nos profissionais Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem nas UTIs desta Instituição.

Para participar do estudo, você terá que responder a uma entrevista já estruturada de perguntas onde somente terá que marcar com o “X” no item escolhido. Estas informações serão de cunho sigiloso.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Caso concorde em participar do estudo proposto, favor assinar o termo de consentimento abaixo:

Brasília, / /

Assinatura do voluntário ou responsável legal.

Pesquisador Enfº Djalma Ticiani Couto

Orientadora - Profª Drª Helena Eri Shimizu

Telefone de contato do pesquisador: (61) 3563-6336, 9844-5120, 3245-2254 e 3325-4661.

djalmacvoltara@yahoo.com.br

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde - FS pelo telefone 3273-2270 e 3307-2643.