

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**ELIANA PINHO DE AZAMBUJA**

**É POSSÍVEL PRODUZIR SAÚDE NO TRABALHO DA  
ENFERMAGEM?  
UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE A  
SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR E A OBJETIVIDADE DO  
TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS  
2007**

### Ficha Catalográfica

A991e Azambuja, Eliana Pinho de  
É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho / Eliane Pinho de Azambuja — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

276 p. il.

Inclui bibliografia.

Possui Quadros e Figuras.

1. Saúde – Trabalhador. 2. Profissional de Enfermagem – Enfermeiro. 3. Enfermagem. 4. Hospital – Trabalho. 5. UTI – Trabalho. I. Autor.

CDD 22<sup>a</sup> ed. – 610.734 3

**ELIANA PINHO DE AZAMBUJA**

**É POSSÍVEL PRODUZIR SAÚDE NO TRABALHO DA  
ENFERMAGEM?  
UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE A  
SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR E A OBJETIVIDADE DO  
TRABALHO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-Orientadora: Marta Regina Cezar Vaz

**FLORIANÓPOLIS  
2007**

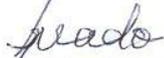
## ELIANA PINHO DE AZAMBUJA

### É POSSÍVEL PRODUZIR SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM? UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE A SUBJETIVIDADE DO TRABALHADOR E A OBJETIVIDADE DO TRABALHO

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

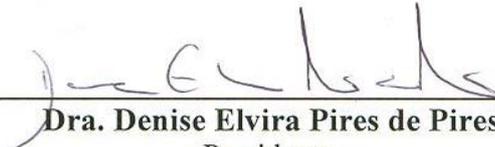
#### Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 27 de fevereiro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

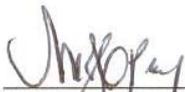


Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

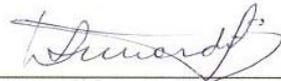
#### BANCA EXAMINADORA:



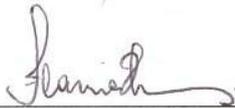
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
- Presidente -



Dra. Maria Helena Marziale  
- Membro -



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho  
- Membro -



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
- Membro -



Dra. Francine Lima Gelbcke  
- Membro -

Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank  
- Suplente -

Dra. Luciane Prado Kantorski  
- Suplente -

Dra. Kenia Schmidt Reibnitz  
-Suplente-

**DEDICO ESTA TESE:**

*Às minhas filhas  
MARIANA (NANA) e GABRIELA (GABI)  
Pela certeza da vida, da felicidade sempre possível,  
Pelas nossas mudanças e conquistas,  
Por estarmos abertas a aprender a cada novo dia,  
Por apreciarmos as belezas da vida com olhares diferentes,  
Mas com a mesma magia.  
Pelas tantas e tantas lágrimas  
E pela esperança que sempre nos fez olhar para frente com confiança.  
Sem vocês, não existiria tese,  
Pois não existiria a necessidade de ser melhor!  
O AMOR verdadeiro tem duas lindas formas concretas,  
Dois olhares iluminados,  
Dois corações ardentes e  
Duas maneiras de se expressar:  
VOCÊS, eternamente, VOCÊS: NANA e GABI.*

*Aos que me deram a chance de nascer:  
MEU PAI e MINHA MÃE  
Se eu pudesse escolher hoje, um pai e uma mãe,  
Sem dívida nenhuma, escolheria vocês.  
PAI: Sei que estás aqui, pois meu coração bate mais forte  
E meus olhos ficam marejados quando penso em ti!  
MÃE: obrigada pela presença constante, pelo carinho,  
Por acreditar em mim quando eu mesma cheguei a duvidar.  
Como é bom saber que estás sempre comigo!*

*Aos que me permitiram ser o que sou, pela convivência,  
Pelo amor, pela presença, pelo carinho,  
Por estar junto, mesmo que distante.  
Amar é se fazer sentir. Sinto vocês em meu coração.  
Para sempre, eternamente, para além da vida!  
Minha irmã: TELMA  
Minha irmã: TÂNIA  
Tuas e "minhas" filhas: THAÍS, SIBELLE e THÁNI  
Teus e "meus" netos: LUCAS e MABELLE  
Meu irmão no coração: SILZO*

*Ao CARLOS... pela experiência de duas vidas em uma só... pelas  
filhas... Tudo foi válido!*

## ***AGRADECIMENTOS:***

*Agradeço a todos que através de seu jeito e de sua maneira de ser, se fizeram importantes e indispensáveis nesta conquista.*

*A Deus, que esteve a frente, ao lado, atrás, acima e, ainda, me pegando no colo, de acordo com minhas necessidades.*

*À Denise Pires, orientadora deste estudo, pela capacidade de dividir, de acreditar, pela paciência em respeitar meus tempos e por me fazer buscar sempre mais... Nossa relação foi permeada pelo carinho, pelo respeito e pela ternura. Sua fonte inesgotável de conhecimento e sua certeza de que se pode ser sempre melhor foram meu estímulo.*

*À Marta Cezar Vaz, que esteve junto sempre, mesmo que distante. Temos uma história que justifica nossas parcerias, nossos trabalhos, nossa convivência. E esta história foi escrita com base na busca pelo conhecimento que aprimora, que nos torna trabalhadores capazes de transformar o mundo do trabalho em um mundo melhor.*

*À Direção do Hospital Universitário, pela liberação de minhas atividades e por ter participado desta conquista.*

*À Direção do CTI, pela acolhida de um sonho. À Marise e à Deise, que “me esperaram” com carinho. Souberam entender minhas limitações momentâneas de tempo e me incentivaram a ir em frente.*

*À Direção dos Hospitais, palcos deste estudo, que abriram suas portas para uma proposta de produção e reprodução de conhecimentos.*

*Aos membros do Grupo de Pesquisa PRÁXIS, que se dispuseram a ouvir as angústias, as preocupações e as inseguranças, e a indicar caminhos com precisão, com sensatez, com exemplo.*

*Aos membros da Banca de Qualificação, pela disponibilidade, pelas contribuições e por acreditarem na Enfermagem.*

*Aos membros da Banca Examinadora, pelo carinho com que aceitaram o convite e pelas leituras atentas que redundaram em contribuições significativas.*

*Aos colegas da turma de doutorado de 2003, pela convivência, pelas alegrias, por estarmos juntos, por respeitarmos nossas diferenças e por acreditarmos uns nos outros.*

*À Celina (D. Celina, Zé Pedro e Eduardo) e à Tânia (Aloísio, Luisa, Vítor e Artur) por terem sido a “família” que eu precisava, pois estava longe da minha. Nunca esqueceremos quem nos amou sem exigências.*

*A todos os professores e funcionários da PEN, em especial à Claudia e ao Sr. Jorge, pelo carinho e pelo sorriso com que sempre me receberam e por terem entendido certas exigências fora de hora.*

Às amigas de sempre, **Bianca, Giseli, Gládis, Kelen, Luciane, Larissa e Rosângela**. Umhas mais de perto, outras mais de longe, mas todas comigo na conquista de mais uma etapa. Estiveram comigo em oração, em pensamento, em coração. “Amigo é coisa pra se guardar...”

Às amigas do HU e da vida: **Andréa, Ana, Ana Kirchoff, Chris, Leticia, Márcia, Mirian, Sonia, Vera** que, mais uma vez, acreditaram em mim. Ao meu grande amigo e companheiro **Gera**, que soube ser presença nas horas mais difíceis desta caminhada. A amizade verdadeira não tem tempo, não tem hora, não tem lugar...

Às amigas da “**Confraria do riso**”: **Adriane, Elaine, Geani, Gisa, Helena, Nalú e Rosi** pelas risadas, pela companhia, pela presença, pela cobrança na hora certa e por sermos tão especiais como só nós sabemos ser. A vida é construída com os verdadeiros amigos...

À minha querida amiga **Nalú** ... a vida é feita de pequenos momentos que se eternizam pela profundidade com que são vividos. A amizade é estar junto, é se preocupar com o outro, é se doar e, acima de tudo, admirar e valorizar o outro. Tudo isto está representado aqui, na “nossa” produção.

À amiga **Helena**, pela ajuda valiosíssima neste final da caminhada... Não é o quanto se faz, mas o como se faz que marca uma verdadeira amizade.

À **Carmem**, que cuidou dos meus amores Nana e Gabi, de mim e da nossa casa, permitindo dar vazão às longas horas de estudo.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço de uma forma especial e com imenso carinho aos **trabalhadores de enfermagem** que participaram deste estudo, que dividiram experiências, que apostaram, que acreditaram em um trabalho desenvolvido com mais qualidade para si, com mais proteção, com mais prazer. Todos nós somos responsáveis pelo trabalho que fazemos e pelo trabalho que queremos fazer. Vocês, certamente, ousaram em querer fazer diferente o instituído. E isto os torna especiais.

A todos vocês, o meu agradecimento se expressa nas seguintes palavras:

**Para ser feliz, é preciso sonhar e encontrar os caminhos para a concretização deste sonho. Na busca por este meu sonho, por vezes os caminhos se mostraram entrecruzados, confusos, dificultando demais a trajetória. Nestes momentos, vocês, como um verdadeiro escudo humano, envidaram esforços para que eu conseguisse retomar o caminho, sem interferir, sem forçar, mas direcionando e sinalizando sempre para o sonho. Esta construção, portanto, é NOSSA.**

Obrigada!

AZAMBUJA, Eliana Pinho de. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 276 p.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-Orientadora: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa realizado com dois objetivos: primeiro compreender, partindo das crenças, dos valores e das percepções verbalizados pelos trabalhadores de enfermagem, que ações desenvolvidas por eles potencializam a sua saúde ou o seu desgaste; e, segundo, identificar as possibilidades (ou impossibilidades) de expressão da subjetividade dos trabalhadores da enfermagem, bem como as ações que se aproximam da produção da saúde ou que são potencializadoras do desgaste, por meio da observação das suas ações no âmbito institucional e organizacional. Foi realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adulto de dois hospitais, um público e um filantrópico, situados num município do extremo sul do Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se a observação da objetividade do trabalho e entrevistas semi-estruturadas com 22 profissionais de enfermagem. O estudo foi realizado sob o olhar do Materialismo Histórico e Dialético, considerando os sujeitos trabalhadores em sua dimensão histórico-social, inseridos em um contexto cultural e ideológico, permeado e estruturado por relações sociais e de produção. Os dados obtidos foram analisados com base na análise de conteúdo de Bardin, através da técnica de análise temática e agrupados em três grandes eixos temáticos: as instituições, as unidades e os sujeitos estudados; o cenário imediato do trabalho da enfermagem e suas implicações na produção da saúde e do desgaste dos trabalhadores; e os múltiplos sujeitos e as múltiplas dimensões do sujeito. Estes três grandes eixos articularam os conteúdos entendidos como mais significativos na produção da saúde e do desgaste do trabalhador. O estudo possibilitou apreender que determinadas situações, vivenciadas no trabalho, podem potencializar a produção do desgaste para determinado trabalhador e não ocorrer o mesmo para outro, corroborando a idéia de que a produção da saúde inclui uma dimensão subjetiva e que a vivência de diferentes situações por diferentes sujeitos é permeada pela dialética própria da vida. Entre as situações apresentadas como produzindo desgaste estão: o modelo de gestão com características centralizadoras; a falta de materiais, equipamentos e pessoal; ações educativas insuficientes; a proximidade do trabalho da enfermagem em UTIs com a morte de jovens e crianças; os conflitos no trabalho; e o uso de equipamentos obsoletos. Como potencializadoras da produção da saúde, apareceram como significativas: a satisfação do trabalhador com o trabalho que exerce; a preservação de momentos de relaxamento e confraternização no âmbito do trabalho, e na vida pessoal e da equipe; o reconhecimento da utilidade social do trabalho exercido, materializada na visualização da melhora do sujeito cuidado, bem como na essência do cuidado em saúde que envolve uma relação entre sujeitos; a possibilidade de exercer autonomia no trabalho; e a participação no processo de trabalho. Fica evidenciado que a subjetividade do trabalhador, posta na organização do trabalho, pode intervir na objetividade do mesmo, potencializando a produção da saúde ou o desgaste.

**Palavras-Chave:** Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Organização Institucional; Trabalho.

AZAMBUJA, Eliana Pinho de. **Is it possible to produce health in nursing work?** A study about the relationships between the worker's subjectivity and the objectivity of the work, 2007. Thesis (Doctorate in Nursing) Course of Masters Degree in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 276 p.

Advisor: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-Advisor: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## **ABSTRACT**

It is a study of qualitative nature accomplished with two objectives: first, of understanding, from faiths, values and perceptions verbalized by the nursing workers, which actions developed by them enable health or fatigue; and second, identifying the possibilities (or impossibilities) of expression of the nursing workers' subjectivity, as well as the actions that approach production of health or that enable fatigue, through the observation of their actions in the institutional and organizational environment. The study was carried out in the Units of Intensive Therapy for adults (UTI) of two hospitals, a public and a philanthropic one, located in a city in the southern state of Brazil. For data collection, it was used the observation of the objectivity of the work and semi-structured interviews with 22 nursing professionals. The study was accomplished under the glance of the Historical and Dialectics Materialism and, considering the working subjects in their historical-social dimension, inserted in a cultural and ideological context, permeated and structured by social and production relationships. The data were analyzed based on Badin's analysis content through the technique of thematic analysis and comprised within three great thematic axes: the institutions, the units and the studied subjects; the immediate scenery of the work of the nursing and its implications in the production of the health and of the workers' fatigue; and the subject multiples and the subject's multiple dimensions. These three great axes articulated the contents understood as more significant in the production of the health and of the worker's fatigue. The study made possible to learn that certain situations, lived at work, can trigger the production of fatigue for certain workers and not to occur the same for others, corroborating the idea that the production of the health includes a subjective dimension and that the existence of different situations for different subjects is permeated by the own dialectics of life. Among the situations presented as producing fatigue are: the administration model with centralizing characteristics; the lack of materials, equipment and personnel; insufficient educational actions; the closeness proximity of the work of the nursing in UTIs with the youths' death and children; the conflicts at the workplace; and the use of obsolete equipment. As boosters of the production of health, appeared as significant: the worker's satisfaction with the work he does; the preservation of moments of relaxation and leisure both in the workplace and the personal life and the staff; the recognition of the social usefulness of the their work materialized in the visualization of hospitalized subject's recovery, as well as in the essence of the care in health which involves a relationship with subjects; the possibility to exert autonomy in the workplace; and the participation in the working process. It is clear that the worker's subjectivity, inserted in the organization of the work, it can intervene in its objectivity, enabling the production of the health or fatigue.

**Key words:** Health of the Worker; Nursing; Institutional Organization; Work.

AZAMBUJA, Eliana Pinho de. **¿Es posible producir salud en el trabajo de enfermería?**

Un estudio sobre las relaciones entre la subjetividad del trabajador y la objetividad del trabajo, 2007. Tesis (Doctorado en Enfermería) Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 276 p.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-Orientadora: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## RESUMEN

Es un estudio de naturaleza cualitativa llevado a través de dos objetivos: primero: comprender partiendo de las creencias, de los valores y de las percepciones verbalizados por los trabajadores de enfermería, que las acciones desarrolladas por ellos potencian su salud o la debilitan; pretende además, identificar las posibilidades (o imposibilidades) de expresión de la subjetividad de los trabajadores de enfermería, así como las acciones que se aproximan de la producción de la salud o que son potencializadoras del desgaste, mediante la observación en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de dos hospitales, uno público/estatal y otro filantrópico, que están situados en un municipio del extremo sur de Brasil. Para recoger los datos, se utilizaron la observación de la objetividad del trabajo y las entrevistas semiestructuradas con 22 profesionales de enfermería. El estudio se orienta a partir del enfoque del Materialismo Histórico y Dialéctico, para considerar a los sujetos trabajadores en su dimensión histórico-social, quienes están inseridos en un contexto cultural e ideológico, entremezclado y estructurado por relaciones sociales y de producción. Los datos obtenidos se analizaron con base de contenido de Bardin, a través de la técnica de análisis temático y agrupados en tres grandes ejes: las instituciones, las unidades e los sujetos estudiados; el escenario inmediato del trabajo de la enfermería y sus implicaciones en la producción de la salud y del desgaste de los trabajadores; los múltiples sujetos y las múltiples dimensiones del sujeto. Estos tres grandes ejes articularon los contenidos, como los más significativos en la producción de la salud y del desgaste del trabajador. El estudio ha posibilitado aprender que determinadas situaciones que se vivencian en el trabajo, pueden potencializar la producción del desgaste a un determinado trabajador y no ocurrir lo mismo a otro, corroborando la idea de que la producción de la salud incluye una dimensión subjetiva y que la vivencia de diferentes situaciones -por diferentes sujetos- está traspasada por la dialéctica misma de la vida. Entre las situaciones presentadas que producen desgaste están: el modelo de gestión con características centralizadoras; la falta de materiales, equipamientos y personal; acciones educativas insuficientes; la proximidad del trabajo de enfermería en las UTIs con la muerte de jóvenes y niños; los conflictos en el trabajo; y el uso de equipamientos obsoletos. Como potencializadoras de la producción de la salud, aparecen como significativas: la satisfacción del trabajador con el trabajo que ejerce; la preservación de los momentos de desconstrucción y la confraternización en el ámbito del trabajo y en la vida personal y del equipo; el reconocimiento de la utilidad social del trabajo ejercido, que se ve materializada en la mejora del sujeto cuidado, así como en la esencia del cuidado en la salud que involucra una relación entre sujetos; la posibilidad de ejercer autonomía en el trabajo; y la participación en el proceso de trabajo. Queda evidente, así, que la subjetividad del trabajador, cuando se pone en la organización del trabajo, puede intervenir en la objetividad del mismo, potenciándole la producción de la salud o del desgaste.

**Palabras Clave:** Salud del Trabajador; Enfermería; Organización Institucional; Trabajo.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1: Caracterização das instituições estudadas.....</b>	<b>91</b>
<b>Quadro 2: Caracterização dos sujeitos do estudo .....</b>	<b>99</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Representação Gráfica de Situações Modelo de Saúde e Doença .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 2: Representação das Relações Potencializadoras da Produção da Saúde e do Desgaste.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 3: Representação da Potencialidade do Trabalhador para a Produção da sua Saúde ou do seu Desgaste .....</b>	<b>230</b>
<b>Figura 4: Representação das ações/situações potencialmente produtoras de desgaste e de saúde e das estratégias potencializadoras da produção da saúde.....</b>	<b>245</b>

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>22</b>
<b>DELIMITANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO NO CENÁRIO DOS ESTUDOS SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM ....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>30</b>
<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PARA A APREENSÃO DA PRODUÇÃO DA SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 A Produção da Saúde e a Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>30</b>
3.1.1 Teorizando sobre a saúde .....	30
3.1.2 Considerações sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil.....	36
3.1.3 Saúde dos trabalhadores de enfermagem e produção da saúde.....	45
<b>3.2 A Organização do Trabalho em Saúde e na Enfermagem .....</b>	<b>48</b>
<b>3.3 O Sujeito no e do Trabalho, e a Produção da Subjetividade.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>74</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>74</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>74</b>
<b>4.2 Local do Estudo .....</b>	<b>75</b>
<b>4.3 Sujeitos do Estudo .....</b>	<b>77</b>
<b>4.4 Coleta de Dados .....</b>	<b>78</b>
4.4.1 Observação .....	79
4.4.2 Entrevista semi-estruturada .....	81
<b>4.5 Análise de dados.....</b>	<b>83</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>87</b>
<b>AS INSTITUIÇÕES, AS UNIDADES E OS SUJEITOS ESTUDADOS .....</b>	<b>87</b>
<b>5.1 As Instituições .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2 As unidades .....</b>	<b>91</b>
<b>5.3 Os Sujeitos .....</b>	<b>97</b>
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>101</b>
<b>O CENÁRIO IMEDIATO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO DESGASTE DOS TRABALHADORES.....</b>	<b>101</b>
<b>6.1 Os Modelos de Gestão e a Organização do Trabalho na Enfermagem.....</b>	<b>103</b>
<b>6.2 As Condições de Trabalho .....</b>	<b>113</b>
6.2.1 - Os recursos materiais como instrumentos de trabalho da enfermagem e sua relação com a produção da saúde e do desgaste do trabalhador .....	113

6.2.2 A força de trabalho da enfermagem dialeticamente exposta à produção da saúde e do desgaste.....	133
6.2.3 A estrutura física das UTIs como espaços que "abrigam" o processo de trabalho da enfermagem, produzindo saúde ou desgaste .....	140
<b>6.3 O Processo de Educação Permanente.....</b>	<b>145</b>
<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>157</b>
<b>OS MÚLTIPLOS SUJEITOS E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO SUJEITO... 157</b>	
<b>7.1 O Sujeito Trabalhador em Relação .....</b>	<b>160</b>
7.1.1 - Em relações com a equipe de enfermagem .....	164
7.1.2 Em relação com a equipe de saúde.....	179
7.1.3 Em relação com os serviços de apoio e as chefias .....	185
7.1.4 Em relação com os sujeitos do cuidado e os familiares .....	195
<b>7.2 O Sujeito Trabalhador em Ação .....</b>	<b>211</b>
<b>7.3 O Sujeito Trabalhador em Reação .....</b>	<b>220</b>
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>227</b>
<b>O TRABALHO DA ENFERMAGEM PRODUZINDO A SAÚDE E O DESGASTE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>227</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>247</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>263</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>275</b>

# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

A busca por uma organização tecnológica do trabalho<sup>1</sup> que conduza à produção de saúde do trabalhador da área da saúde e, mais especificamente, do trabalhador da Enfermagem, tem sido uma constante na minha trajetória como enfermeira. Inicialmente, atuando em um hospital filantrópico e, a seguir, no hospital universitário (HU), da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), na região sul do Brasil.

Desde 1985, ano do início de minhas atividades profissionais, tenho experienciado variados espaços de atuação: Unidade de Clínica Médica, Unidade de Diálise, Maternidade, Serviço de Pronto Atendimento, Central de Material e Esterilização, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Educação Permanente. Esta atuação em diferentes unidades, setores e locais, associada ao longo tempo de exercício profissional, possibilitou-me uma aproximação com diferentes realidades, diferentes formas de gerenciamento e de organização do trabalho. Tais “aproximações” embasaram a busca pela produção da saúde dos trabalhadores, uma vez que percebi, nas diferentes vivências, algo em comum nas suas ações. Esta percepção transformou-se em uma inquietação que vem acompanhando a construção do meu ser enfermeira<sup>2</sup>, ou seja, a exposição cotidiana dos trabalhadores a situações de risco, o que, por vezes, gera preocupação, mas nem sempre conduz à operacionalização de ações de proteção e prevenção. Prevenção, no sentido de qualquer ação individual e coletiva dos trabalhadores que, sendo fruto de um saber anterior, possibilita a reflexão e a ação na busca da redução do desgaste dos

---

<sup>1</sup> O termo organização tecnológica do trabalho será utilizado com base nas idéias de Mendes Gonçalves (1994), apresentadas no decorrer do texto, p. 57.

<sup>2</sup> O SER ENFERMEIRO implica em ser agente de transformação, em estar engajado em espaços políticos de transformação social, em participar das lutas por melhorias na qualidade de vida da população. SER ENFERMEIRO implica, igualmente, em ser sujeito de ações produtoras da sua saúde no espaço/ambiente de trabalho.

trabalhadores provocado pelas cargas de trabalho existentes no processo de trabalho. O conhecimento e a reflexão, articulados à ação, produzem conhecimentos novos, que modificam o ser humano, o qual contém em si mesmo o potencial capaz de modificar a lógica condutora de sua prática cotidiana (AZAMBUJA, 1999).

Essa exposição cotidiana, enquanto componente da prática, tende a percorrer dois caminhos distintos: a produção da saúde ou a produção do desgaste do trabalhador. A expressão concreta e mensurável desse último está posta, na maioria das vezes, nos danos causados à sua saúde por acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

À medida que fui percebendo que os trabalhadores percorrem o caminho do desgaste com maior frequência do que o da produção da saúde, uma constante preocupação passou a ocupar minhas reflexões: Que situações contribuem (ou podem contribuir) para que a saúde dos trabalhadores possa ser produzida no processo de trabalho?

No decorrer do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, quando estudei, com maior profundidade, as questões relacionadas à construção da prevenção das situações de risco e de acidente de trabalho, foi possível compreender que a produção de saúde do trabalhador está vinculada à organização do trabalho e não apenas à ação individual do trabalhador diante das situações de risco, como é dado a entender à maioria dos trabalhadores. As necessidades que, no meu entendimento, pareciam ter no trabalhador sua única nascente, foram compreendidas como igualmente emergindo da organização do trabalho, que é influenciada pela organização das macroestruturas sociais, assim como pode exercer certa influência sobre ela.

Paralelo a esta experiência como enfermeira assistencial, atuei durante três anos como Professora Substituta no Departamento de Enfermagem da FURG. Percebi, no período, que a formação acadêmica do aluno do curso de Enfermagem, nessa realidade, não contemplava, de forma enfática, ou seja, com orientações fundadas em princípios científicos e educativos, a necessidade de que as ações cotidianas, nos diferentes campos de estágio, fossem exercidas com base na proteção individual e coletiva. Esta necessidade de ações de proteção inclui - porém extrapola - o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), único cuidado que geralmente compõe as

orientações repassadas como medida de proteção. Experiência similar tenho vivenciado, atualmente, quando desenvolvo atividades docentes no ensino técnico em enfermagem, vinculado à mesma Universidade.

Isso tudo tem repercussão, sem dúvida, no futuro desempenho profissional dos acadêmicos, pois existe uma tendência forte de se reproduzir, na prática cotidiana, os ensinamentos construídos durante o processo de formação. Sabe-se que não só os ensinamentos repassados na academia compõem o ser profissional. O ser enfermeiro sofre influência direta das políticas institucionais, da organização do trabalho, da organização social, enfim, do que a instituição espera do profissional. No entanto, o processo de formação contribui, sobremaneira, na atuação prática.

Com relação a essa percepção, concordo com Leopardi (1999, p.55), quando descreve que existe a necessidade de “buscar uma definição mais explícita das políticas e projetos de formação dos profissionais, para que possam adquirir as capacidades necessárias ao desenvolvimento de um trabalho com consciência, competência e dignidade”. Essa dignidade pressupõe o exercício profissional centrado na qualidade de vida do sujeito do cuidado<sup>3</sup> e do trabalhador.

A realidade observada, tanto na prática assistencial quanto no espaço de formação acadêmica, está, em muito, vinculada ao modelo hegemônico da assistência à saúde, marcadamente biologicista, individualizado e centrado na cura da doença. Esse paradigma, fundamentalmente de cunho biológico e mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outros acontecimentos, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia (MENDES,1995).

Como a produção da saúde, neste modelo, pressupõe a presença da doença, o trabalhador, não "marcado concretamente" pelo desgaste - acidente de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho – parece que não necessita de atenção para si.

No entanto, as ações de produção de saúde não devem estar centradas apenas na presença da "doença do trabalho". É preciso identificar, no processo de trabalho, possibilidades de ações para prevenir o aparecimento da doença e a ocorrência de

---

<sup>3</sup> A expressão “sujeito do cuidado” para fazer referência aos sujeitos que, em determinado momento de sua história, necessitam dos cuidados dos trabalhadores da saúde, foi encontrada em Gelbcke (2002b). Entende-se que essa expressão traduz o sentido que se pretende imprimir a esse sujeito, qual seja, de sujeito ativo, participativo, quando possível, de seu processo de cuidar.

acidentes; enfim, para produzir saúde. Ao produzir saúde, como sujeito, o trabalhador poderá provocar a sua externalização em ações adequadas para e com os outros sujeitos do trabalho. Ao proteger-se, por meio de ações revestidas de prevenção e reflexão, o trabalhador produzirá saúde para si e para os outros, pela manutenção e construção das condições adequadas, em seu cotidiano de trabalho, para que essa produção aconteça.

Para que exista essa construção/produção da saúde, é premente que o trabalhador, inserido em um processo de trabalho em saúde, que tem por finalidade, cuidar/assistir seres humanos em seu processo saúde-doença, seja considerado partícipe desse processo. É necessário que seja considerado não só como força de trabalho, mas como potencial produtor de sua própria saúde no espaço/ambiente de trabalho, visto conhecer esse espaço e poder nele interferir, interagindo com e nas situações de risco, com proteção de si e do outro.

A realidade mostra, atualmente, cenários cotidianos do trabalho em saúde imersos em diferentes situações de risco, não só naquelas que são facilmente vistas, identificadas e sentidas como, por exemplo, contato com sangue e fluidos corporais, exposição a extremos de temperatura, contato com substâncias químicas como desinfetantes, mas situações de risco outras que, diluídas na forma de organização do trabalho, impedem, ou não suscitam a necessidade de realização de ações produtoras de sua saúde. O trabalhador, mergulhado em seu fazer, em cumprir com aquilo que lhe foi determinado, acaba não refletindo sobre seu trabalho, permanecendo alheio ao que pode ser mudado para garantir sua qualidade de vida, ou seja, acaba ficando mais suscetível e vulnerável ao processo de desgaste que o trabalho pode imprimir.

Várias são as causas que podem ser citadas como responsáveis pelo crescimento desses desgastes no trabalhador. Pires e Gelbcke (2001, p.4) destacam algumas, entre as quais:

ritmos intensos de trabalho, impostos pela racionalização produtivista que busca o aumento da produção e a excelência para a competitividade no mercado; longas jornadas de trabalho; ritmo mecânico do trabalho com repouso insuficiente; condições de trabalho e mobiliário inadequado; tensão para apresentar-se como "produtivo", com vista à manutenção do emprego.

Essas causas, entre outras, produzidas e reproduzidas na e pela própria organização do trabalho, exigem um processo de ação-reflexão-ação para que seja possível modificá-las no cotidiano de trabalho. As ações voltadas à produção da saúde do trabalhador devem tornar visíveis e compreensíveis todas estas questões produtoras do desgaste do trabalhador para que sejam direcionados esforços no sentido de instrumentalizar cada sujeito para o cuidado de si, além do cuidado com o outro.

Frente ao até então exposto sobre a organização do trabalho como potencializadora da produção de saúde do trabalhador ou do seu desgaste e sobre o trabalhador da saúde como potencial transformador dessa organização, a opção por trabalhar com essa temática representa uma forma de investir na potencialidade do trabalhador para que, utilizando-se de sua capacidade criativa, possa mudar, de forma coletiva, a organização do trabalho na qual está inserido. Essa transformação virá no sentido de reduzir o desgaste e, conseqüentemente, potencializar a produção da saúde dos trabalhadores e de seus pares no cotidiano de trabalho. A potencialidade transformadora do trabalhador inclui mais do que sua capacidade criativa; inclui sua vinculação político-social, sua capacidade de refletir sobre a prática diária, de agir como sujeito no cotidiano de seu trabalho, de estabelecer relações no e com o trabalho.

O sujeito trabalhador, ao estabelecer relações com os outros trabalhadores, com os sujeitos do cuidado, com a organização do trabalho, objetiva sua subjetividade, a qual se compõe de crenças, valores, percepções e sentimentos que foram sendo construídos e reconstruídos ao longo de sua existência. Ao construir sua história, como trabalhador, essa subjetividade, exteriorizada em suas ações cotidianas, pode intervir na lógica constituinte da organização do trabalho, no sentido da produção da saúde, juntamente com outros trabalhadores, através da ação coletiva, e com a participação dos gestores.

Para que a expressão da subjetividade do trabalhador contribua para a re-organização do trabalho, no sentido de produzir saúde, é imprescindível que se reflita sobre a seguinte QUESTÃO DE PESQUISA:

De que forma o(a) trabalhador(a), como sujeito capaz de expressar sua subjetividade pode ser potencialmente mobilizador(a) de ações produtoras da saúde para si, nas diversas dimensões do seu trabalho?

A compreensão sobre as ações produtoras de saúde pode possibilitar a formulação de indicativos para uma organização igualmente produtora da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Por outro lado, a compreensão das ações potencializadoras de desgaste pode ser a base propulsora das mudanças necessárias para ser saudável.

Para apreender e analisar essas ações, optei por investigar como esse trabalhador age em um dado serviço institucional, como ele se "vê" nesse trabalho e nas relações com os outros trabalhadores, bem como no âmbito do trabalho coletivo, ou seja, na objetividade dada no trabalho.

Assim, desenvolvi um processo de investigação que me subsidiou para argumentar a seguinte TESE:

**A subjetividade do trabalhador, posta na organização do trabalho, pode intervir na objetividade deste, potencializando a produção da saúde ou do desgaste do trabalhador.**

Pensando nesta proposta de estudo, visualizei como OBJETIVOS:

- compreender, partindo das crenças, valores e percepções verbalizados pelos trabalhadores de enfermagem, que ações desenvolvidas por eles potencializam a sua saúde ou o seu desgaste;
- identificar as possibilidades (ou impossibilidades) de expressão da subjetividade dos trabalhadores da enfermagem, bem como as ações que se aproximam da produção da saúde ou que são potencializadoras do desgaste, por meio da observação das suas ações no âmbito institucional e organizacional.

Visando contemplar estes objetivos, foram utilizadas, como referencial teórico, as análises marxistas sobre processo de trabalho, além de outros autores que discorrem sobre o desgaste produzido no trabalho e sobre as relações que se estabelecem no espaço/ambiente de trabalho. A subjetividade do trabalhador foi abordada com base nas idéias de sujeito/ser humano encontradas nessas vertentes teóricas, focando especialmente a complexidade do processo de expressão dos sujeitos sociais no trabalho coletivo, considerando-se as suas crenças, valores e percepções, a cultura do grupo e os constrangimentos institucionais.

A relevância deste estudo está na sua contribuição para a melhoria da assistência à saúde, visto que o trabalhador, ao se sentir saudável, ao se sentir sujeito/cidadão em seu processo de trabalho, capaz de produzir condições adequadas para si e para seus pares, estará melhorando, direta e indiretamente, a qualidade da assistência prestada à população e potencializando a produção da sua saúde.

Além disso, o trabalhador, ao ter espaço (conquistado e mantido por ele e pela organização do trabalho) para expressar sua subjetividade no trabalho, poderá exercer suas ações cotidianas com mais satisfação e prazer, pautadas no processo de ação-reflexão-ação. Motivados pelo processo reflexivo incitado no decorrer da pesquisa e na reflexão sobre seus resultados, os trabalhadores poderão contribuir para formulação de políticas adequadas nesse campo.

Uma organização do trabalho potencializadora da produção da saúde do trabalhador pode contribuir para a formação dos futuros trabalhadores em saúde, ou seja, a prática pode influenciar a academia, estimulando que a formação focalize a produção da saúde de si e do outro, salientando a importância do processo de ação-reflexão-ação para que essa produção aconteça.

No intuito de manter uma seqüência lógica na apresentação deste estudo, segue-se, a este capítulo introdutório, uma breve delimitação do objeto de investigação no cenário dos estudos sobre a saúde dos trabalhadores da enfermagem. Logo a seguir, têm-se as considerações teóricas necessárias à apreensão da produção da saúde do trabalhador no processo de trabalho da enfermagem. Prossegue o capítulo referente ao caminho metodológico percorrido para a elaboração do estudo. Ao término, são apresentadas as análises que emergiram dos dados, dispostas em três capítulos: as instituições, as unidades estudadas e os sujeitos do estudo, em que são dados a conhecer os hospitais estudados, as UTIs, locais onde foi desenvolvido o estudo, e os trabalhadores da enfermagem, como os sujeitos do estudo; o cenário imediato do trabalho da enfermagem e suas implicações na produção da saúde e do desgaste dos trabalhadores, com reflexões a respeito dos modelos de gestão e a organização do trabalho da enfermagem, das condições de trabalho e do processo de educação permanente; e os múltiplos sujeitos e as múltiplas dimensões dos sujeitos, com destaque para os sujeitos trabalhadores em relação, os sujeitos trabalhadores em ação

e os sujeitos trabalhadores em reação.

Finalizando, são apresentadas algumas considerações sobre o trabalho da enfermagem como potencializador da produção da saúde ou do desgaste.

## CAPÍTULO 2

### DELIMITANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO NO CENÁRIO DOS ESTUDOS SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM

Uma das formas de instrumentalização da força de trabalho na área da saúde para que seja potencializadora da produção da saúde do trabalhador é o conhecimento. Não somente o conhecimento direcionado aos aspectos fisiopatológicos inerentes ao ser humano, mas um saber que vai além desse referencial, em uma exploração dos conhecimentos disponíveis na comunidade científica acerca da temática saúde do trabalhador. No caso específico da enfermagem, este corpo de conhecimentos tem se mostrado ainda distante dos espaços/ambientes de trabalho e de serviços, bem como a aplicabilidade desse conhecimento na prática, ainda se dá de forma incipiente, sendo necessário proceder a sua divulgação e a sua discussão para que, munidos desses saberes, os trabalhadores de enfermagem possam trabalhar de forma segura, buscando produzir sua saúde, de seus pares e dos sujeitos do cuidado. Diante dessa assertiva, faz-se necessário que estratégias sejam pensadas para que o conhecimento produzido possa ser difundido e aplicado, já que uma das prerrogativas para sua produção está na transformação da realidade.

A partir do momento em que houve o desejo de explorar a temática **saúde do trabalhador**, percebi a necessidade de buscar o conhecimento que vem sendo produzido a esse respeito. Para tanto, foram acessadas três das bases de dados relevantes no meio acadêmico: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDEnf), direcionando a pesquisa para a enfermagem, no intuito de averiguar o conhecimento existente e os espaços carentes de maior atenção na área da saúde do trabalhador da enfermagem e, mais especificamente, na sua relação com a

subjetividade do trabalhador.

O critério de inclusão inicial contemplou estudos produzidos nos últimos dez anos a contar da data em que foi iniciada a busca, ou seja, de 1995 a 2005 e que apresentassem resumo, possibilitando uma primeira análise.

Utilizaram-se, como descritores, “saúde do trabalhador” e “enfermagem”; “saúde ocupacional” e “enfermagem”, resultando na identificação de 25 e 62 estudos nas bases LILACS e MEDLINE, respectivamente; e “saúde do trabalhador” na base BDEnf, onde foram encontrados 21 estudos. Por ser essa uma base relacionada à enfermagem, prescindiu de aliar o descritor “enfermagem” à busca. Na base de dados MEDLINE, a maioria dos estudos (41 artigos dos 62 encontrados) não apresentavam resumo, sendo eliminados por não atender ao critério estipulado. Cabe ressaltar que alguns estudos encontravam-se duplicados nas bases pesquisadas.

A partir da análise dos resumos que teve como objetivo avaliar os artigos em busca de estudos que explorassem concretamente a temática da saúde do trabalhador em sua relação com a enfermagem, foi efetuada a solicitação dos artigos pertinentes ao Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos (SCAD).

Do total de artigos (108) foram selecionados os que atenderam aos critérios especificados (61). Dentre os temas abordados estão: ergonomia; ansiedade ou estresse; riscos ocupacionais; desgaste; condições de trabalho; problemas ocupacionais; estratégias coletivas de defesa; adoecimento dos enfermeiros; questões legais; processo de gestão; exposição a quimioterápicos; cuidado de si; programa de apoio ao trabalhador; interação no trabalho em equipe; e subjetividade e trabalho.

Serão apresentados, a seguir, alguns dos estudos que trazem contribuições importantes para a produção da saúde do trabalhador.

Com relação à organização e à gestão do trabalho, Felli (2002) enfatiza o quanto as formas de organização do trabalho na enfermagem podem ser potencializadoras da saúde ou geradoras de desgaste nos trabalhadores. Aponta para a necessidade de reorganização do trabalho, até então desenvolvido, através da implementação de modelos gerenciais inovadores, que permitam a expressão da subjetividade do trabalhador.

Rocha (2003) analisou as ações gerenciais, desenvolvidas pelas enfermeiras,

implicadas no processo saúde-doença dos trabalhadores da enfermagem em um hospital público, geral e universitário. O estudo foi fundamentado na sistematização teórico-metodológica de Laurell e Noriega. Salienta que o gerenciamento do trabalho da enfermagem contém tanto a possibilidade de perpetuação de situações que expõem o trabalhador ao desgaste, quanto de sua transformação. Corroborando esse estudo, Soboll, Bernardino, Silva e Felli (2004) referem que as cargas originárias no processo de trabalho apresentam-se, predominantemente, relacionadas à organização e à divisão do trabalho com materialidade interna do tipo psíquica.

Ainda com relação à gerência no trabalho da enfermagem, foi encontrado um estudo que buscou analisar suas implicações nas relações de trabalho e na saúde do trabalhador, destacando as formas e modalidades de trabalho através das cooperativas. Os autores concluíram que “condições indignas de trabalho, assistência de pouca qualidade e remuneração baixa constituem principais fatores negativos deste processo de trabalho” (GUIMARÃES, MUZI, MAURO, 2004, p. 472).

Outro tema abordado de forma significativa nos estudos analisados foi o estresse proporcionado pelo ambiente de trabalho, ocasionando desgaste e sofrimento nos trabalhadores de enfermagem.

Uma associação de estresse com adoecimento foi encontrada por Bourbonnais, Comeau, Vézina e Dion (1998), que referem ser a alta demanda psicológica e a baixa atitude de decisão causadoras de estresse psicológico e exaustão emocional, uma das dimensões da síndrome de Burnout.

Morrone (1999), ao fazer referência ao estresse gerado pelas atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem, enumera fatores responsáveis pela ansiedade, próprios do desempenho da profissão, utilizando-se da classificação estabelecida por Malvares, quais sejam: fatores individuais, fatores relacionados com a natureza das ações próprias da enfermagem, fatores relacionados com a instituição em geral e com a organização da enfermagem, e fatores sócio-culturais inerentes à imagem ou expectativa social. Em cada um desses grupos, a autora aponta diversos elementos estressores no trabalho da enfermagem.

Segundo Callaghan, Tak-Ying e Wyatt (2000), os maiores níveis de estresse foram relacionados ao trabalho em demasia, às relações interpessoais e aos problemas

com a administração do hospital. Afirmam existir uma relação significativa entre o estresse e os níveis de doença apresentados pelos trabalhadores.

Souza e Lisboa (2002, p.425), ao analisar as principais estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem em suas ações assistenciais cotidianas, evidenciaram que o desgaste e o sofrimento psíquico vivenciados por esses trabalhadores decorrem “da rígida organização do trabalho, das más condições laborais e do processo de trabalho múltiplo, complexo e pouco articulado, característico do contexto hospitalar”. Entre as estratégias defensivas utilizadas na tentativa de evitar o adoecimento físico e mental estão: despersonalização e negação da importância da pessoa enferma, distanciamento e negação de sentimentos, e redução do peso da responsabilidade.

Ao estudar as situações ansiogênicas a que estão expostas as enfermeiras em seu cotidiano de trabalho, Barros, Humerez, Fakihi e Michel (2003) verificaram a utilização de estratégias de enfrentamento em dois níveis: no momento do aumento da ansiedade e no cotidiano. No primeiro nível, destacam como estratégias: chorar, dar uma volta, fingir não ligar, não fazer nada, comer, ir à capela, entre outras, e no segundo nível, ouvir música, sair com amigos, desabafar, brincar com crianças, ir ao cinema, estudar, cantar, cuidar de plantas.

A constante vivência dos trabalhadores da enfermagem com situações ansiogênicas pode conduzi-los ao estresse ou à síndrome de Burnout. Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) detiveram-se em estabelecer a diferença entre estresse e Burnout, afirmando que o trabalho da enfermagem propicia tanto uma quanto a outra situação, levando a sofrimento e adoecimento. O estresse significa “um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não necessariamente na relação com o trabalho”, enquanto que o Burnout “é uma síndrome que envolve atitudes e condutas negativas com os usuários, clientes, organização e trabalho” (op. Cit. p. 255).

Outro tema, relativamente explorado na produção acadêmica, refere-se ao risco ocupacional. Morrone (1998), em estudo realizado com 50 enfermeiros, identificou a baixa percepção desses trabalhadores em relação ao risco de contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em sua prática profissional. Diante disso, os trabalhadores minimizam a adesão às medidas de precaução, imprescindíveis à

proteção do trabalhador. Sob essa temática, Silva e Zeitoune (2002), embasados no referencial de Laurell e Noriega (1989), apresentaram os principais riscos ocupacionais a que estão sujeitos os trabalhadores da enfermagem intensivista, construindo um mapa de risco com a contribuição e participação dos próprios trabalhadores, dividindo-os em riscos com cargas de materialidade externa como os físicos, químicos, biológicos e mecânicos, e os riscos com materialidade interna como os fisiológicos e psíquicos.

Com o objetivo de discutir os riscos ocupacionais em saúde, a partir de elementos do contexto do trabalhador e de analisar as condições gerais do seu ambiente de trabalho e suas condições individuais e de saúde, Mauro, Muzi, Guimarães e Mauro (2004) apoiaram-se em pesquisa bibliográfica referente ao período de 1976 a 2004. Os autores descrevem que

a desarmonia entre saúde e trabalho é incontestavelmente um problema de saúde pública, que merece ser analisado em todos os seus prismas, compreendendo assim a integralidade do trabalhador. Tal fato requer, do enfermeiro, a atenção necessária para que, primeiramente, não sofra o desgaste gerado por essa desarmonia e, depois, possa contribuir para minimizar os efeitos negativos gerados em outros trabalhadores (MAURO, MUZI, GUIMARÃES, MAURO, 2004, p.338).

Ressaltam, ainda, a importância de os trabalhadores conhecerem os riscos ocupacionais a que estão expostos, bem com as medidas de controle, a fim de que possam agir de forma protegida, evitando o desgaste e o adoecimento.

Há estudos específicos, como o de Polovich (2004), que discutem o manuseio de drogas perigosas e a necessidade de que as recomendações para proteção do trabalhador sejam divulgadas por meio de guias orientadores e implantadas nas unidades hospitalares. O autor adverte sobre a responsabilidade do empregador quanto à saúde e à segurança do trabalhador em relação ao uso de medicações perigosas.

Os trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, desenvolvem seu trabalho sem dar atenção às condições que provocam o desgaste, por estarem sempre colocando em primeiro lugar a saúde e o bem estar dos sujeitos que se encontram sob seus cuidados. O cuidado de si, normalmente, vem em segundo plano. Robazzi e Marziale

(1999, p.331) afirmam que, tendo uma concepção idealizada da profissão, os trabalhadores de enfermagem “submetem-se a variados riscos ocupacionais, sofrem acidentes de trabalho e adoecem e na maior parte das vezes não atribuem estes problemas às questões decorrentes de sua atividade laboral”. Referem que a conscientização dos trabalhadores acerca dos riscos, aos quais se submetem, torna-se importante para que seja possível modificar esse quadro e para que os trabalhadores aprendam a reivindicar por melhorias em suas condições de trabalho.

Quanto aos acidentes de trabalho e às doenças relacionadas a ele, Silva, Kurciant e Queiroz (1998) apresentam um perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem, onde os ferimentos perfurocortantes e as doenças ósteo-músculo-articulares aparecem como danos característicos desse grupo de trabalhadores.

Miranda, Maia, Lima, Lopes e Muniz (2005) encontraram dados similares ao identificar as doenças de maior incidência entre as enfermeiras: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e doenças do sistema nervoso. Por ser uma profissão eminentemente feminina, a dupla jornada de trabalho das mulheres (doméstica e profissional) pode, a longo prazo, comprometer ainda mais, seu sistema osteomuscular e a sua saúde como um todo (ROCHA, 1999).

Pesquisas mostram que a subnotificação dos acidentes de trabalho ainda é uma realidade preocupante no Brasil. Sarquis (1999) enfatiza que existe uma alta subnotificação dos acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da enfermagem.

Marziale (2003), ao estudar os acidentes de trabalho envolvendo injúrias percutâneas nos trabalhadores da enfermagem e a posterior notificação dos mesmos em dois hospitais, encontrou, como resultado, que de 277 acidentes, 104 não foram notificados. Entre os motivos apontados para a não notificação, estão as crenças pessoais e a falta de conhecimentos e de informações sobre as formas de notificação e sobre os riscos de contaminação.

Apesar de existir um forte discurso no sentido da necessidade de ações educativas permanentes nas instituições de assistência à saúde, esses dados significativos deixam transparecer o quanto ainda é preciso investir para que as ações de proteção sejam incorporadas ao processo de trabalho da enfermagem.

Na reflexão de Haddad (1998) sobre a psicodinâmica do trabalho da enfermagem hospitalar, há a proposta de implantação de um Programa Interdisciplinar de Apoio ao Trabalhador de Enfermagem, com a finalidade de auxiliá-los na compreensão e na resolução dos problemas sociais e administrativos enfrentados no desenvolvimento de seu trabalho. Para isso, os trabalhadores devem estar envolvidos na identificação dos problemas, no planejamento das estratégias a serem adotadas e na avaliação constante dos resultados obtidos, sempre em conjunto com a administração.

A construção de um trabalho que proporcione interação entre os diversos trabalhadores da enfermagem e da saúde em geral é considerada um passo em direção ao desenvolvimento de um trabalho consciente e produtor da saúde, pois o mesmo estará embasado em decisões conjuntas, em relações interpessoais não conflituosas e na busca coletiva por soluções para os problemas descortinados no cotidiano.

Além de um trabalho interativo, com a participação efetiva dos trabalhadores nas ações educativas voltadas a um agir protegido diante dos riscos ocupacionais, é fundamental o conhecimento sobre as políticas voltadas à saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, o estudo de Farias, Mauro e Zeitoune (2000) proporciona visibilidade aos aspectos legislativos concernentes a saúde do trabalhador da enfermagem e incentiva a realização de pesquisas e debates acerca dessa temática no Brasil.

Esta breve referência à diversidade de estudos e olhares sobre a temática saúde do trabalhador faz refletir sobre a necessidade de aliar os conhecimentos que vêm sendo produzidos às ações voltadas à produção da saúde do trabalhador da enfermagem, nos mais diversos cenários de atuação.

A temática subjetividade e saúde do trabalhador não despontou, ainda, como merecedora de profunda atenção nos estudos pesquisados. Oliveira e Lisboa (2004) buscaram identificar os referenciais teórico-metodológicos utilizados na produção científica relacionada à vertente subjetividade e trabalho na enfermagem e suas contribuições para a saúde do trabalhador de enfermagem. Os autores referem que somente no final da década de 80 apareceram os primeiros estudos (cinco) voltados para a temática subjetividade e trabalho, os quais evidenciam a importância dos aspectos subjetivos para a saúde do trabalhador de enfermagem. Salientam que “formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem diante das

exigências do dia-a-dia no ambiente de trabalho precisam ser desveladas e analisadas”, partindo-se “da interlocução com esses trabalhadores, ao valorizarmos suas falas, vivências e experiências em seus microssistemas” (OLIVEIRA, LISBOA, 2004, p. 28).

A subjetividade, na enfermagem, tem sido abordada em associação com outros temas que não a saúde do trabalhador. Para essa associação ainda existe uma lacuna importante que prescinde de estudos que a preencham.

Ao dar voz aos trabalhadores da enfermagem, eles torna-se-ão partícipes no e do processo de trabalho. Ser partícipe pressupõe exercitar o potencial produtor de sua saúde e conhecer o processo de trabalho no qual está inserido. Esse conhecimento implica um processo de ação-reflexão-ação e um processo educativo que culmine com uma atitude crítica, criativa e de mudança diante do trabalho. Necessário se faz, também, que o trabalhador estabeleça relações com seus pares, com o sujeito do cuidado, com a instituição, com as políticas que envolvam a sua saúde, a fim de que possa construir, individual e coletivamente, um ambiente de trabalho “saudável”.

Porém, essa construção de espaços produtores de saúde no ambiente de trabalho não tem uma trajetória fácil, nem está pautada em “rotinas e normas” prontas e estabelecidas, como comumente é pautado o trabalho da área da saúde. É um espaço que precisa ser conquistado pelos próprios trabalhadores. Apesar de o discurso das novas formas de organização do trabalho ser no sentido de uma maior valorização e participação do trabalhador, essas não levam em conta sua integralidade,

[...] pois a valorização do trabalhador é um meio de manter a produtividade, e não um valor em si mesmo. Esta mudança de concepção, garantindo ao trabalhador ser sujeito e ator social, só é possível desde que se garanta que ele possa, no trabalho, exprimir sua subjetividade e sua criatividade (PIRES e GELBCKE, 2001, p.14).

Não depende apenas do trabalhador individualmente. Pela ação coletiva, porém, mudanças significativas já se mostraram possíveis na história de luta dos trabalhadores. E podem continuar sendo.

## CAPÍTULO 3

### CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PARA A APREENSÃO DA PRODUÇÃO DA SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Considerando-se saúde como necessidade básica de todo ser humano, a qual suscita ações que conduzem à busca constante da sua satisfação, este capítulo inicia com considerações teóricas sobre a produção da saúde e a saúde do trabalhador. Na seqüência é abordada a organização do trabalho em saúde e na enfermagem, os sujeitos no e do trabalho, e a produção da subjetividade.

#### 3.1 A Produção da Saúde e a Saúde do Trabalhador

##### 3.1.1 Teorizando sobre a saúde

Historicamente, o termo saúde vem sendo tratado por diversas abordagens teóricas e filosóficas, que lhe vão conformando diferentes nuances. As necessidades socialmente existentes quanto à saúde vão, igualmente, norteando as diferentes concepções ao longo do tempo.

Uma definição de saúde, que tem sido considerada como ponto de partida para muitas reflexões e que tem influenciado o debate sobre as políticas públicas de saúde, é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1978): "Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença".

Esse conceito mostra um grande avanço, ao propor que a saúde não seja vista apenas como ausência de doença, como fazia parte do senso comum até então. Porém, a definição de saúde como um **completo** estado de bem-estar físico, mental e social tem suscitado críticas a respeito da quase impossibilidade de atingir esse estado. Isso

mostra-se mais difícil ainda, ao se considerar a vida na sociedade atual, em um cenário globalizado, com alta competitividade econômica e com imensas desigualdades sociais, com alto índice de desemprego e com milhões de pessoas vivendo em condições subumanas, em um contexto de precarização do trabalho, de insegurança e de perda de direitos trabalhistas. Nesse panorama, talvez poucos ousassem se manifestar como tendo saúde.

Encontra-se apoio para essa reflexão em Rigotto (1998, p.15), quando destaca que

a saúde humana, hoje, é profundamente marcada pela forma como se vive no Brasil e no mundo, pelo processo de Globalização e Reestruturação Produtiva, mediado pelas mudanças urbanas, as transformações no processo de trabalho e a difusão ampliada dos riscos industriais-ambientais. O modo de vida desenhado por este modelo redefine os padrões de saúde-doença das populações.

Considerando as diferentes condições sociais, próprias de cada momento histórico e de cada cenário social, faz-se necessário agregar ao conceito de saúde a perspectiva de sua produção individual e coletiva, envolvendo as condições de vida, os fatores econômicos, o ecossistema, enfim, todos os aspectos que rodeiam o sujeito em sua vida de relações.

No âmbito da produção brasileira sobre o tema, destaca-se o conceito elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), que entende saúde de forma ampliada, ou seja, saúde “é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986). Saúde é, pois, antes de tudo, a expressão das formas de organização social da produção adequadas ao sujeito (CEZAR VAZ, 1996).

Mendes (1999) apresenta uma concepção de saúde que se aproxima das crenças, valores e expectativas que permeiam este estudo, salientando que as concepções mais modernas de saúde consideram sua positividade, ultrapassando suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüelas e morte. Para o autor,

saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1999, p. 237).

Como processo de produção social, a saúde caracteriza-se como um estado em permanente transformação, já que é pautada nas inter-relações entre os sujeitos, em suas diferentes vivências, e determinada pelas condições de vida. Partindo do pressuposto que os sujeitos são seres em constante transformação, já que o simples ciclo biológico assim o determina, e que as condições de vida e as necessidades dos sujeitos são mutuamente influenciadas pelas transformações sociais e naturais, a saúde, como resultante da interação efetiva entre esses fatores, igualmente, sofre as transformações típicas da dinâmica da vida.

A saúde, por manifestar-se concretamente no sujeito, pode ter diferentes conotações para diferentes sujeitos. Assumir-se como “tendo saúde” é uma situação extremamente subjetiva. Além disso, determinadas condições e experiências podem ser desgastantes para um sujeito ou grupo e, em contrapartida, pode ter uma conotação que aproxima outro sujeito ou grupo do prazer, da satisfação, contribuindo para a produção da saúde. Assim sendo, a saúde é uma produção com forte influência da subjetividade, a qual se revela nas diferentes relações estabelecidas e nas diferentes situações cotidianas vivenciadas pelos sujeitos.

No processo de trabalho em saúde e na enfermagem, caracterizado pelo encontro entre sujeitos (trabalhadores e sujeitos do cuidado) e mediado pelas necessidades de cuidados à saúde, a compreensão da dimensão subjetiva é fundamental para a compreensão das diferenças e das diferentes percepções sobre saúde pelos envolvidos no processo.

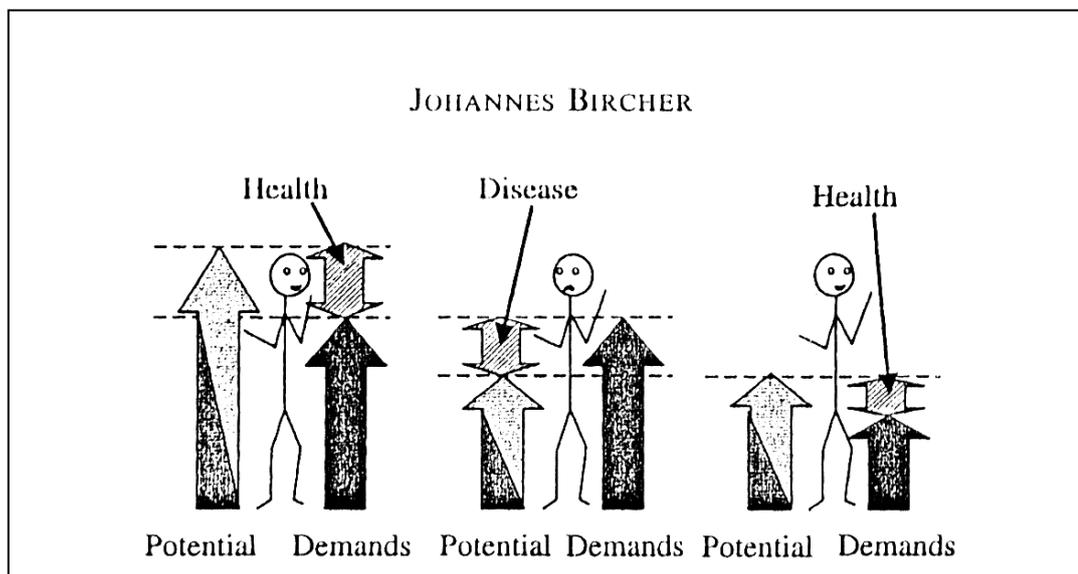
Ao discorrer sobre o conceito de saúde, Bircher (2005, p. 336) apresenta que “saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado por um potencial físico, mental e social” capaz de satisfazer as exigências da vida de cada sujeito. As exigências são proporcionais a idade, cultura e responsabilidade pessoal. O autor

salienta que se o potencial é insuficiente para a satisfação de tais exigências, ocorre a doença.

Esse potencial, denominado pelo autor de potencial total, é composto por dois componentes ou potenciais parciais: potencial parcial herdado biologicamente, já presente quando do início da vida; e potencial parcial adquirido pessoalmente, que inclui todos os potenciais que o ser humano pode adquirir durante sua vida, nos aspectos imunológicos, físicos, psicológicos, espirituais e sociais. Todo sujeito faz uso dos dois potenciais na construção de sua saúde (BIRCHER, 2005).

Durante seu ciclo vital, a influência do potencial biologicamente herdado na produção da saúde tende a ser reduzida, enquanto a do potencial adquirido pessoalmente tende a ser cada vez maior, uma vez que envolve o contexto social e a responsabilidade de cada ser humano. Essas construções são efetuadas no decorrer da vida. A relação entre esses dois potenciais, intermediada pela responsabilidade pessoal e pela situação social, tem como resultado, a saúde.

A Figura 1 ilustra as relações construtoras de saúde e doença.



**Figura 1:** Representação Gráfica de Situações Modelo de Saúde e Doença

Esta representação gráfica demonstra o quanto a relação entre o potencial total e as demandas da vida determina se um indivíduo está saudável ou adoentado. Nos exemplos mostrados, o potencial total dos dois indivíduos no lado esquerdo é

diferente, enquanto suas demandas são iguais. Conseqüentemente, o primeiro indivíduo goza de saúde, enquanto o segundo está adoentado. O indivíduo do lado direito, por exemplo, uma pessoa idosa, tem o mesmo potencial reduzido como o primeiro, mas é saudável porque as demandas são menores do que o potencial total. As diferenças entre as setas para o potencial e para as demandas podem ser consideradas como de reserva de saúde ou gravidade da doença (BIRCHER, 2005) <sup>4</sup>.

Perpassa, por esse conceito, a subjetividade<sup>5</sup> do indivíduo, pois o potencial parcial adquirido pessoalmente é fortemente influenciado pela vida social e, também, pelas ações e escolhas dos sujeitos. Na abordagem desse autor, destaca-se a responsabilidade pessoal sem detrimento da determinação social.

Cada sujeito é co-responsável, juntamente com o Estado, pela sua saúde e pela saúde daqueles com quem estabelece relações. No conceito ampliado de saúde, resultante da VIII CNS, são elencados os condicionantes sociais da vida, muitos dos quais são de responsabilidade do Estado. A produção da saúde é determinada por componentes macroestruturais, mas também é uma construção em que os sujeitos são co-responsáveis, em especial, pelas suas escolhas pessoais, tanto no âmbito individual quanto político.

Por vezes, os sujeitos repassam a outrem a responsabilidade pela satisfação de suas necessidades e quando a insatisfação se instala, alguém, igualmente, é responsabilizado. No entanto, a necessidade precisa ser revelada pelo sujeito e, nesse aspecto, já reside sua co-responsabilidade, no expressar, no mostrar o que precisa para que, coletivamente, possam ser envidados esforços no sentido da satisfação.

Ao transpor essa reflexão para o trabalho, visto estar o foco colocado na saúde do trabalhador, percebe-se como indispensável que o trabalhador manifeste-se no seu cotidiano de trabalho, revele suas necessidades como sujeito trabalhador, para que, individual e coletivamente, influencie a sociedade e a instituição onde atua, no sentido da construção de ações produtoras de saúde.

A produção da saúde, neste estudo, consiste, portanto, em algo mais do que tratar doenças ou problemas de sujeitos ou grupos de sujeitos, afastando-se da visão

---

<sup>4</sup> Tradução realizada e ajustada pela pesquisadora.

<sup>5</sup> A subjetividade será abordada com maior profundidade no item 3.3., p. 60

impregnada de negatividade da saúde. Produzir saúde é uma construção individual e coletiva, que se dá na inter-relação efetiva estabelecida entre os sujeitos e os grupos nos diferentes espaços da existência humana, relações estas mediadas e co-influenciadas por fatores ambientais (ecológicos), espirituais, econômicos, culturais, biológicos e sociais.

No trabalho da enfermagem, o trabalhador congrega, em si, influência de todos esses fatores, os quais se objetivam em suas ações concretas com e para o sujeito do cuidado e em todas as demais ações exercidas em seu cotidiano de trabalho.

Para Dejours (1994, p. 24),

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

Ao interagir com outros trabalhadores e com os sujeitos do cuidado, na intersubjetividade que caracteriza as relações interpessoais de trabalho, o trabalhador relaciona a situação presente, o vivido, com sua história singular, “sua biografia, seu passado e a sedimentação de suas experiências afetivas anteriores” (DEJOURS, ABDOUCHELI, 1994, p. 141). Continuando essa reflexão, Dejours e Abdoucheli (1994, p. 141) salientam que

o sentido que o sujeito constrói é fortemente singularizado pela forma através da qual a situação atual de trabalho se encaixa, faz ressonância com as expectativas passadas e expectativas atuais do sujeito; ou, ao contrário, pela situação na qual tudo é novo para ele, inédito, desprovido de sentido com respeito às expectativas advindas em virtude da sua vida afetiva e que ele procura transpor para o teatro do presente sob a forma de um projeto de trabalho e de um projeto de vida.

Considerar, pois, a singularidade, a subjetividade do trabalhador, quando se pensa em produção de sua saúde, é fundamental. O trabalhador, em seu ambiente de trabalho, se exterioriza, construindo novos projetos para seu trabalho, para sua vida,

para sua satisfação.

Nos conceitos aqui destacados, está implícita a participação e a responsabilidade individual e social na produção da saúde. Tanto o sujeito - com sua singularidade e subjetividade – é construtor e produtor de transformações, quanto a sociedade - enquanto coletividade composta por diferentes sujeitos - são co-responsáveis pela produção e reprodução da saúde individual e coletiva. A influência da sociedade se expressa nos serviços, normas e políticas, que direcionam as ações voltadas à satisfação das necessidades relativas à saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário lançar um olhar para o cenário da política pública de saúde do trabalhador no Brasil, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, uma vez que muitas das ações que ora direcionam a saúde do trabalhador, estão nela fundamentadas. Mendes e Marziale (2006, p. 303) expressam que “a orientação estratégica em saúde depende de políticas e ações que assegurem prioridade aos esforços dirigidos à garantia de maior grau de equidade nas condições de vida e de saúde à população [...]”.

Para poder participar da elaboração e discussão sobre as políticas de saúde, é premente que o trabalhador conheça o atual panorama existente e de que modo tal panorama pode intervir na regulação do trabalho concreto, favorecendo ou não a produção da sua saúde.

### 3.1.2 Considerações sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil

Uma maior ênfase na elaboração e na discussão sobre as **políticas de saúde do trabalhador no Brasil**<sup>6</sup> data da década de 70, refletindo o cenário do movimento pela Reforma Sanitária na Itália. Esse movimento fez parte da luta dos trabalhadores italianos em prol de melhorias nas condições de vida e trabalho (BERLINGUER, 1983). Segundo Dias e Hoefel (2005, p. 819), “ecos desse movimento chegaram ao Brasil em meados dos anos 70, em momento histórico marcado pelo processo de reorganização social, o fim da ditadura militar e a redemocratização no país”.

---

<sup>6</sup> Como o resgate da evolução histórica das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador não é o enfoque central deste estudo, sugere-se algumas leituras esclarecedoras: Mendes, Dias (1991); Lacaz (1997); Minayo-Gomes, Thedim-Costa (1997, 2003); Gelbcke (2002a); Minayo-Gomes, Lacaz (2006).

Nessa década, ficou estabelecida a obrigatoriedade de manter serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho nas empresas de médio e grande porte (com mais de 100 empregados), o que se concretizou por meio do Serviço Especializado de Medicina do Trabalho (SESMT). Através da Portaria nº 3214/78 do Ministério do Trabalho, foram aprovadas as normas regulamentadoras relativas à segurança e à medicina do trabalho.

Com o apoio dos trabalhadores, principalmente das organizações sindicais, as questões relativas à saúde do trabalhador foram incluídas nas discussões da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, na década de 80, após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual se configurou como um marco político dos movimentos relativos a essa temática.

Mais precisamente na década de 90 do século XX, porém, é que ocorreram grandes debates sobre a saúde do trabalhador no País. A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, “foi um momento importante de mobilização técnica e política” (DIAS, HOEFEL, 2005, p.819). Também nessa década, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT), envidou esforços na melhoria das ações voltadas aos trabalhadores, com especial relevância para a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST – Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, complementando a NOB-SUS<sup>7</sup> 01/96, que incluíram a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde).

As disposições da NOST orientam e instrumentalizam a realização de ações de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, urbanos e rurais, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Estabelece que os municípios tenham a responsabilidade pelo atendimento de trabalhadores que vivenciam acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, além de fiscalizar os ambientes de trabalho, objetivando identificar as diferentes situações de risco existentes. Essa ação “fiscalizadora”, uma vez efetivada, pode ser propulsora de mudanças importantes nos ambientes de trabalho, para que os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho possam ser evitados. A referida NOST também preconiza que os municípios devem

---

<sup>7</sup> Sistema Único de Saúde (SUS)

oferecer suporte técnico especializado para os profissionais, favorecendo o estabelecimento da relação das diferentes doenças com o trabalho, bem como o seu diagnóstico, tratamento e recuperação.

Além da NOB-SUS 01/96 e da NOST, outras ações específicas relacionadas à saúde do trabalhador estão previstas na Instrução Normativa nº 01/97 e na Portaria nº 3120/98, estabelecendo procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e os serviços de saúde do trabalhador no SUS (GELBCKE, 2002a).

Ainda objetivando uma nova estruturação organizacional da política de saúde, foram instituídos os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs). O Estado passou a ser o gestor de tais ações e, com isso, a Coordenação do Programa Estadual de Saúde do Trabalhador tem, como atribuições, coordenar a política estadual, implantando a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST<sup>8</sup>), com a subsequente criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs) gerenciados pelos municípios. É, igualmente, sua atribuição capacitar todos os profissionais do SUS, na assistência e na vigilância dos ambientes de trabalho, promovendo a educação popular em saúde do trabalhador, o controle social e a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de doenças/acidentes de trabalho (<http://www.saude.gov.br>).

O gerenciamento, pelos municípios, dos serviços de saúde do trabalhador, dentro da proposta de municipalização da saúde, por meio dos CRSTs, promoveu uma mudança significativa “no perfil e na magnitude das estatísticas de doenças profissionais no país”, apesar de ainda persistirem os sub-registros (LACAZ, 1997, p.12).

Na tentativa de incentivar e normatizar as notificações, foi criada a Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS. Essa Portaria, no contexto da estruturação do governo com relação a ações voltadas à saúde dos trabalhadores, vem em resposta a certas deficiências identificadas no sistema, entre elas: informações dispersas, fragmentadas

---

<sup>8</sup> Disposta na Portaria nº1. 679/GM, de 19 de setembro de 2002, como estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, no SUS.

e pouco acessíveis no âmbito do SUS; “necessidade de disponibilizar informação consistente e ágil sobre a situação da produção; perfil dos trabalhadores; e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar ações de saúde, intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social” (MS, 2004).

Diversas ações, além das já citadas, continuam sendo desenvolvidas no sentido de dar visibilidade e aplicabilidade à política de Saúde do Trabalhador no Brasil. Dentre elas, podem ser citadas a realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) em 2005 e a articulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social, para elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Até então, as ações efetuadas por esses três órgãos da esfera federal, com atuação no campo da saúde dos trabalhadores eram realizadas de forma desarticulada e dicotômica (LACAZ, 1997; MINAYO-GOMES, LACAZ, 2006).

A trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil mostra uma tentativa de mudar a visão ainda hegemônica da saúde do trabalhador que, por muito tempo, apresentava uma lógica condizente com a Medicina do Trabalho orientada

pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sinais e sintomas ou, quando muito, associando-as a uma doença legalmente reconhecida (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997, p.23).

Essa lógica acabava propiciando o desenvolvimento de ações/intervenções pontuais direcionadas àquelas situações identificadas como de risco, por ocasião de sua ocorrência. Por vezes, essas situações, consideradas como ocorrências naturais e esperadas no cotidiano de trabalho, permaneciam, quando de sua análise, descontextualizadas das razões que se situavam em sua origem (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997), e careciam de ações transformadoras que interferissem em sua ocorrência repetitiva.

A abordagem política da saúde do trabalhador não deve estar limitada à unicausalidade ou mesmo à multicausalidade das doenças, mas deve estar voltada à

prevenção e à produção da saúde no trabalho. Ver além da unicausalidade não significa abandonar a busca das causas; significa atuar nas causas e além das causas, ou seja, na organização e nas relações sociais, para evitar a instalação da doença no corpo individual e no corpo social do trabalho, buscando, também, a produção da saúde.

Numa visão globalizante, em que está implícita a percepção da organização social e da organização do trabalho como mantendo relação com a saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde (2002, p.7) definiu que

Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção de homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

Essa definição mostra quão complexas são as ações voltadas à saúde do trabalhador e como os esforços de diferentes profissionais devem convergir para que tais ações não sejam compartimentalizadas nem fragmentadas. A interdisciplinaridade possibilita a complementaridade tanto das disciplinas quanto das ações, para que essa área tenha a abrangência que se faz necessária nas discussões, reflexões e implementação de ações políticas que dêem conta da problemática.

As ações extrapolam, pela complexidade, o setor saúde, pois fatores diversos interferem na saúde do trabalhador, exigindo o estabelecimento de parcerias que contemplem a intersetorialidade tão necessária. Essas articulações e inter-relações setoriais já estão sendo concretizadas no Brasil, na tentativa de organizar as ações de saúde do trabalhador. As ações na área da saúde do trabalhador têm, portanto, como “objetivo primordial mudanças nos processos de trabalho que contemplem, em toda sua dimensão, as relações saúde-trabalho, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial” (MAURO, MUZI, GUIMARÃES, MAURO, 2004, p. 342).

A definição do Ministério da Saúde denota, ainda, a existência da interação

dinâmica entre o processo saúde-doença dos trabalhadores e as condições de vida e de trabalho, resultantes da organização social do trabalho e da produção. As condições de trabalho, bem como as condições sob as quais se estabelecem as relações do e no trabalho, entre outros fatores, influenciam direta ou indiretamente na produção da saúde ou do desgaste dos trabalhadores.

A percepção dessas influências, sem dúvida, está no bojo das tentativas de melhorar as questões relativas à saúde do trabalhador. No entanto, todo o conhecimento que vem sendo produzido no campo conceitual, quanto à relação trabalho-saúde, inclusive sob a égide de Saúde do Trabalhador, sobressai-se em relação a sua aplicabilidade na prática, em que as ações ainda acontecem bastante vinculadas à relação causa-efeito.

Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997, p. 23) destacam que a “já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação”, principalmente na área da Saúde do Trabalhador, pode estar vinculada ao fato deste ser um campo potencialmente ameaçador, “onde a busca por soluções quase sempre se confronta com interesses arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho”.

Entre as limitações expressas para a implantação e aplicação das políticas de saúde do trabalhador, podem ser citadas: falta de recursos e meios para diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados ao trabalho; carência e despreparo, ou não capacitação dos profissionais de toda a rede de serviços; falta de registro dos casos, o que impede o devido acompanhamento; raras ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho; relações interinstitucionais conflituosas, entre outras (<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOST.htm>).

Minayo-Gomes e Lacaz (2006) apontam, também, algumas das dificuldades que interferem na implantação de uma política nacional de saúde do trabalhador: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país, a reestruturação produtiva que vem provocando mudanças significativas no mundo do trabalho, e o modelo de atenção com o qual se habituaram a trabalhar os que atuam nessa área. Certamente, a mudança da visão hegemônica e a aplicabilidade de uma política de saúde do trabalhador para os trabalhadores da saúde que dê conta das

necessidades desse grupo tão exposto a uma série de cargas de trabalho, não é tarefa das mais fáceis, pois são inúmeras as dificuldades que se apresentam, muitas delas inerentes à mudança de um paradigma que historicamente vem conduzindo as ações de saúde do trabalhador.

As cargas de trabalho a que estão expostos os trabalhadores da saúde no desenvolvimento de suas ações cotidianas são entendidas por Laurell e Noriega (1989, p. 110), como elementos encontrados no processo de trabalho que "interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica". Entre elas, as cargas físicas, químicas e biológicas são mais facilmente percebidas pelo trabalhador, devido à sua concretude no processo de trabalho.

Além dessas, outras são também importantes, como as cargas psíquicas decorrentes, muitas vezes, do fato dos trabalhadores da saúde, pelas características de seu trabalho, lidarem constantemente com a dor e o sofrimento humano. As relações de trabalho, dependendo da forma como são estabelecidas, igualmente, podem ser provocadoras de desgaste, que poderá ocasionar impacto negativo no processo saúde-doença dos trabalhadores. Quanto maior for esse desgaste, maior tenderá a ser o comprometimento da saúde do trabalhador.

As formas de manifestação do desgaste nos trabalhadores, na maioria das vezes, estão concretizadas em acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

Quanto ao acidente de trabalho, o enfoque legal (Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu artigo 19) o define como sendo "o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". Engloba os acidentes típicos, de percurso e doenças ocupacionais. Essa concepção centra-se na ação individual do trabalhador enquanto abstrai as relações sociais, determinadas pelo modo de produção, que estão na base da ocorrência dos acidentes (COSTA, 1981; BERLINGUER, 1983; LAURELL, NORIEGA, 1989; DWYER, 1989; PIRES, 1992).

Nos estudos sobre acidente de trabalho, têm sido significativas as visões que

entendem o mesmo como “resultante de uma fatalidade (que de uma maneira ou de outra as pessoas estão expostas ao realizarem qualquer tipo de trabalho) ou são resultados de atos inseguros por parte dos trabalhadores” (PIRES, 1992, p.1). Nesse sentido, os acidentes de trabalho são vistos, então, como fatalidade ou como “culpa do trabalhador”. O resultado dessas visões leva ao imobilismo ou à negação dos aspectos estruturais e sociais que participam no processo de determinação dos acidentes.

Dejours (2003) salienta que a falta de ação coletiva contra o “mal” infringido ao ser humano, nesse caso, aplicando-se às cargas de trabalho, decorre, em muito, da “tolerância social” que se estabelece diante de problemas vistos como inerentes ao cotidiano de trabalho.

Em busca de uma nova abordagem para os acidentes de trabalho, Dwyer (1989, p. 31) construiu uma teoria sociológica para sua interpretação, na qual defende a idéia de que as relações sociais produzem os acidentes. Para o autor, o enfoque da prevenção dos acidentes de trabalho não deve estar centrado “nas tentativas de se mudarem máquinas ou trabalhadores”, mas em analisar e mudar as relações sociais. Para que ocorram essas transformações, o trabalhador deve fazer parte, como co-responsável, das discussões que visam analisar aquelas relações sociais.

Em acordo com os autores que criticam as visões de acidentes de trabalho como fatalidade ou culpa do trabalhador, Pires (1992, p.1) ressalta que os acidentes de trabalho são

resultado das relações sociais desenvolvidas durante o processo de trabalho ou, ainda, como determinação das características do próprio processo de trabalho, considerando-o como um aspecto da organização social, que está relacionado com as determinações histórico-estruturais da sociedade em cada um desses momentos.

Nessa perspectiva, as ações/políticas voltadas aos problemas de saúde relacionados ao trabalho precisam considerar, além da vigilância dos ambientes de trabalho e de ações de controle do acidente já instituído no corpo do trabalhador (o que vem sendo pensado pelos órgãos competentes, ainda que com certas limitações em sua estruturação e implementação), a influência das relações sociais na produção das

cargas de trabalho.

Além dos acidentes de trabalho, as doenças relacionadas ao trabalho têm assumido papel de destaque como manifestação concreta do desgaste dos trabalhadores, diante das intensas mudanças no mundo do trabalho. Entre elas, as Lesões por Esforços Repetidos (LER), também chamadas de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). Devido ao aumento na ocorrência dessas doenças, elas passaram a ser consideradas como epidêmicas. Assim sendo, têm recebido uma atenção maior dos órgãos governamentais. No intuito de oferecer informações mais precisas em relação a esse problema, foi criado o Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER/DORT.

Apesar dos avanços relatados, as políticas direcionadas às formas concretamente visíveis da interação do trabalhador com as cargas de trabalho - acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho - estão ainda bastante vinculadas ao estabelecimento do nexos causa-efeito, para que o trabalhador possa gozar dos benefícios previstos em lei. As ações direcionadas às mudanças necessárias na organização do trabalho, onde são originadas as cargas de trabalho, ainda são incipientes.

Recentemente, através da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, foi aprovada a Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR 32), que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A NR 32 apresenta uma série de orientações e cuidados que devem ser respeitados, pelos estabelecimentos de assistência à saúde, para que os trabalhadores tenham asseguradas as condições para a produção de sua saúde. Sem dúvida, essa norma suscita um processo de reflexão coletiva sobre a exposição dos trabalhadores às cargas de trabalho produzidas e reproduzidas nos diferentes espaços de trabalho, de forma a criar situações de prevenção e proteção que possam conduzir à produção da saúde e não só ao desgaste.

### 3.1.3 Saúde dos trabalhadores de enfermagem e produção da saúde

Com relação aos trabalhadores da saúde, mais especificamente, da enfermagem, os desgastes, tanto quanto as cargas de trabalho, tendem a não ser percebidos dentro da organização do trabalho nem pelos gestores e nem pelos trabalhadores, uma vez que o foco da atenção está voltado à produtividade do trabalho. Por vezes, são até mesmo desconsiderados ou “banalizados”, como reflete Beck (2001), em pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. Passam a ser encarados como algo “banal”, comum, que faz parte do processo de trabalho em saúde, aproximando-se da visão teórica da “fatalidade”, ou seja, é um risco inerente ao processo de trabalho.

Apesar disso, os desgastes são uma realidade entre os trabalhadores da enfermagem, tanto que seu envolvimento em acidentes de trabalho tem sido foco de estudos, com os mais diversos olhares, denotando que sua ocorrência ainda demanda esforços no sentido de evitá-los, ao máximo, no cotidiano de trabalho. Determinados estudos abordam os acidentes de trabalho envolvendo material biológico, como os de Braga (2000) e Caixeta, Barbosa - Branco (2005). Outros fazem alusão ao envolvimento dos trabalhadores da enfermagem em acidentes com perfurocortantes, como os realizados por Marziale e Rodrigues (2002), Marziale (2003) e Steffens (2006). Afora estes, existem os de Osório, Machado e Minayo-Gomes (2005), que enfocam aspectos que podem melhorar a situação dos acidentes de trabalho nos hospitais, dentre outros.

Quanto ao desgaste traduzido em LER/DORTs, as dores lombares, as luxações, os entorces e as dores nos membros inferiores são exemplos dessas doenças, que surgem, em geral, como consequência da realização de ações, tais como mudança de decúbito, transporte e higiene de paciente, que exigem esforços físicos repetidos e para as quais os equipamentos, na maioria das vezes, inexistem ou não são adequados. Acrescenta-se aos estudos realizados por Grasser (2003), Santos (2004), Murofuse e Marziale (2005), outra característica do trabalho da enfermagem que implica esforços repetitivos, como é o trabalho com computador, que pode vir a se constituir em LER/DORTs significativas no trabalhador.

Este estudo não pretendeu abordar, enfaticamente, as questões relativas a acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. No entanto, tais

manifestações concretas da produção do desgaste no trabalhador, mereceram ser realçadas, para que a devida atenção seja a elas direcionada.

Para que esses “desgastes”, resultantes da relação entre trabalho e trabalhador, possam ser evitados – acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho, cargas de trabalho -, é premente que tanto trabalhadores como gestores envolvam-se, de forma coletiva, com o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das situações de risco nos microespaços sociais de trabalho, para que possam potencializar a produção e a reprodução de condições adequadas para a produção da saúde.

A situação de risco, neste estudo, é compreendida como um conjunto de elementos (que vão desde o simples manuseio de instrumentos, até às relações sociais que são desenvolvidas no trabalho, entre os sujeitos e a instituição) presentes no processo de trabalho, que interagem entre si e com o trabalhador, podendo culminar com a ocorrência de acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho. Como essa situação não existe isolada, desvinculada do trabalho, ela está em constante interação com outras situações de risco, compondo o processo de risco, no qual estão os trabalhadores inseridos. Esse processo é o constante movimento entre as situações de risco, mediadas pelas relações de trabalho (AZAMBUJA, 1999).

A produção de saúde do trabalhador, no e pelo trabalho, necessita, também, que mudanças para além dos espaços institucionais sejam efetivadas, ou seja, necessário se faz que as políticas que orientam as ações voltadas à saúde do trabalhador sejam refletidas coletivamente, objetivando uma mudança no paradigma que as define e orienta. A enfermagem e as demais profissões da área da saúde têm que olhar para si e refletir sobre a sua saúde.

Ao refletir sobre as relações, que são produzidas e reproduzidas na organização do trabalho em saúde, potencializadoras do desgaste ou da saúde, os trabalhadores compreenderão a produção de sua saúde para além de sua prática cotidiana, ou seja, compreenderão que existe uma lógica organizacional norteando suas ações, as relações que estabelecem com outros sujeitos, enfim, seu trabalho. Tal organização pode ser repensada, modificada, no sentido de atingir a congruência necessária para o ser saudável, apesar das tantas dicotomias (técnica e ética, produção e reflexão, vida e morte, doença e saúde) que caracterizam sua práxis.

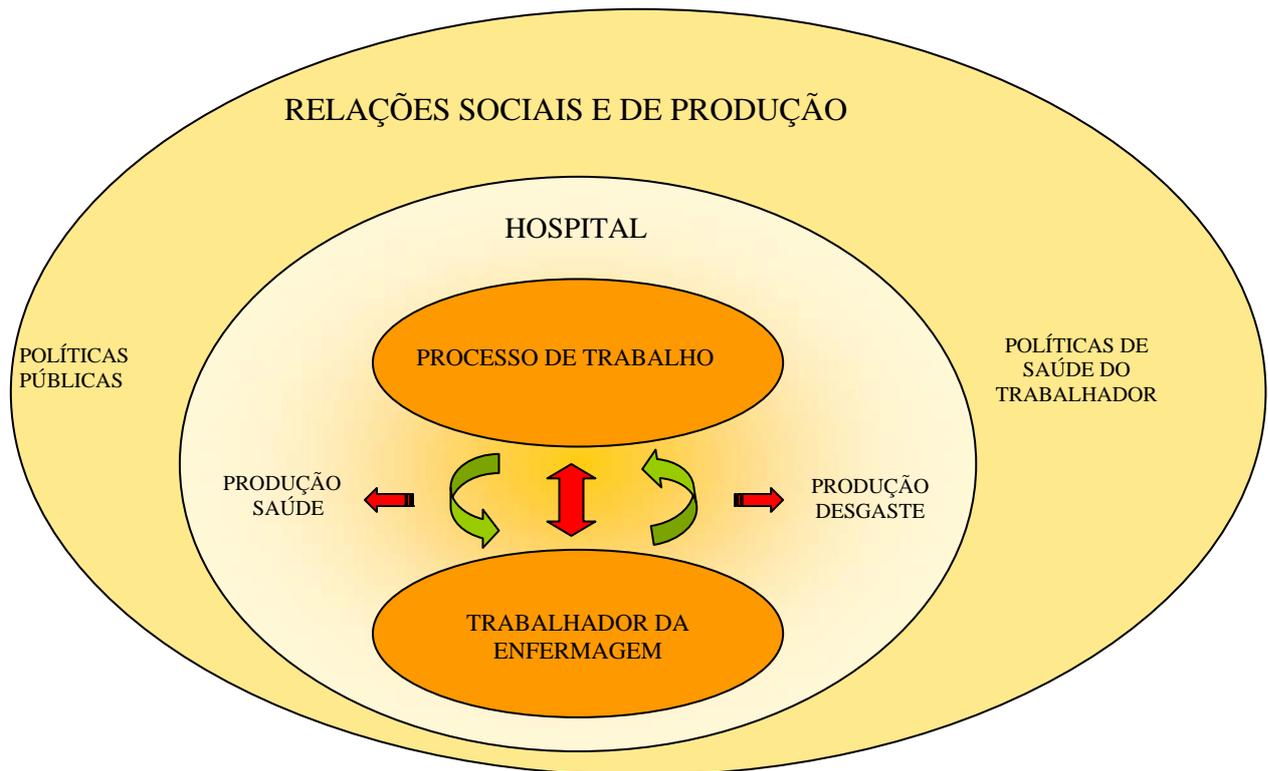
Pelo exposto, percebe-se que a produção da saúde do trabalhador está na (inter) dependência da organização do trabalho e do próprio trabalhador, como sujeito capaz de produzir mudanças, ambos inseridos em determinado contexto social, político, econômico e cultural. Estas reflexões mostram a necessidade de um investimento não apenas na elaboração de novas estratégias governamentais, mas, também, na operacionalização e, principalmente, na implementação prática das mudanças. Gelbcke (2002a, p. 80) enfatiza a importância

[...] da Política de Saúde do Trabalhador estar contextualizada ao momento atual da conjuntura econômica, em que o modelo neoliberal e a globalização interferem diretamente nas formas de organização do processo de trabalho, em que a precarização do trabalho se faz presente, em que o aumento da produtividade é a mola mestra, em detrimento das condições de trabalho e de saúde do trabalhador.

No entanto, a construção, a implementação e a fiscalização dessas políticas exigem trabalhadores participativos, co-responsáveis, engajados nos espaços sociais organizados, sejam eles partidos políticos, associações sindicais ou de classe, conselhos de saúde, enfim, qualquer espaço social organizado que lute pela vida, pela cidadania, pela saúde. Exigem trabalhadores da saúde, em especial os trabalhadores da enfermagem, atores deste estudo, sujeitos na produção de novos paradigmas e de novas verdades que componham o espaço/ambiente de trabalho como produtor de saúde.

É necessário, mais do que nunca, “ouvir” o trabalhador, pois é ele o conhecedor das reais condições do trabalho e quem pode indicar as intervenções mais importantes. Segundo Berlinger (1983, p. 7), a primeira providência a ser tomada, quando da necessidade de intervenção nas condições de trabalho, é “conversar com os trabalhadores dos diversos setores para conhecer as condições de trabalho que eles sentem, percebem ou relatam como lhes sendo prejudiciais à saúde”.

A Figura 2 ilustra as relações envolvidas na produção da saúde e do desgaste, no trabalho da enfermagem.



**Figura 2:** Representação das Relações Potencializadoras da Produção da Saúde e do Desgaste

A interação do trabalhador com o processo de trabalho, mediado pela forma de organização do trabalho, enquanto estrutura microssocial e pelas relações sociais e de produção, enquanto macroestrutura pode produzir a saúde ou o desgaste do trabalhador. Considera-se que cada trabalhador é um ser que se constrói e é construído social e historicamente; que está inserido em um contexto cultural e ideológico, permeado e estruturado por relações sociais e de produção; que tem uma história de vida singular que lhe confere modos de ver a vida e de ser no mundo; e que tem a necessidade de expressar sua subjetividade nos diferentes espaços de construção de sua história.

### 3.2 A Organização do Trabalho em Saúde e na Enfermagem

Falar da organização do trabalho exige uma reflexão a respeito do processo de trabalho, cenário onde se dá essa organização.

O processo de trabalho é entendido como sendo “o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade” (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p. 23).

Dois momentos fundamentais do processo de trabalho estão aí contemplados: o da objetividade, dado pela existência concreta do objeto sobre o qual o trabalhador irá agir, e o da subjetividade, caracterizado, entre outras questões, pelo projeto elaborado mentalmente pelo sujeito em momento anterior à ação, e que irá nortear sua ação transformadora sobre o objeto de trabalho. O momento da elaboração do projeto é onde o sujeito expressa sua capacidade criativa, seus modos de ser, seus desejos. E, ao transformar o objeto pela ação concreta anteriormente pensada de forma abstrata, o sujeito é igualmente transformado.

No pensar de Ramos (1999, p. 31), o momento da subjetividade está posto desde “a percepção da necessidade, a definição de finalidades, a elaboração de um projeto sobre um ‘fragmento’ específico, transformando-o em objeto de um trabalho”.

Fromm (1983, p. 26), utilizando-se dos pensamentos de Marx, ressalta que o trabalho “é o esforço do homem para regular seu metabolismo com a natureza. O trabalho é a expressão da vida humana e através dele se altera a relação do homem com a natureza; por isso, através do trabalho, o homem transforma-se a si mesmo”.

O trabalho, nessa perspectiva, é a ação do sujeito sobre um objeto. Essa ação é pensada, projetada anteriormente à ação concreta, objetivando a sua transformação em um produto, cuja finalidade da produção está em satisfazer necessidades, sejam necessidades do sujeito que produz, tendo um valor-de-uso, sejam do capitalista que atribui ao produto, além do valor-de-uso, um valor-de-troca. Para Antunes (2002, p. 139), “o trabalho é o elemento mediador introduzido entre a esfera da necessidade e da realização desta [...]”. Portanto,

o trabalho, entendido em seu sentido mais genérico e abstrato, como produtor de valores de uso, é a expressão de uma relação metabólica entre o ser social e a natureza. No seu sentido primitivo e limitado, por meio do ato laborativo, objetos naturais são transformados em coisas úteis. Mais tarde, nas formas mais desenvolvidas da práxis social, paralelamente a essa relação homem-natureza desenvolvem-se inter-relações com outros seres sociais, também com vistas à produção de valores de uso. Emerge aqui a práxis social interativa, cujo objetivo é convencer outros seres sociais a realizar determinado ato teleológico. Isso se dá porque o fundamento das posições teleológicas intersubjetivas tem como finalidade a ação entre seres sociais (ANTUNES, 2002, p. 139).

Essa concepção de trabalho destaca, para além da ação do sujeito sobre a natureza com o intuito de modificá-la, a relação entre os sujeitos sociais. Mesmo que a ação de trabalho possa ter um momento individual, ela é coletiva pelas inter-relações estabelecidas nos diferentes momentos do processo de trabalho, ou seja, para que determinada ação se realize, outras são necessárias para dar-lhe o suporte, tornando o trabalho coletivo.

Por vezes, a ação do trabalhador sobre o objeto de trabalho, não é visível; o produto é que tem a materialidade visível do processo de trabalho. Portanto, o trabalho que não se vê, está embutido no produto que se vê. Por isso, a necessidade de se gostar do trabalho que se faz, pois é na ação em si que o trabalhador imprime, no objeto de trabalho, a sua marca, já que no produto tem um pouco do trabalhador. Mesmo que ele não se mostre, ao mundo externo, através do produto, ele (o trabalhador) se identifica (ou necessita se identificar) no produto que produziu. E essa identificação pode, por si só, realizar o trabalhador pelo seu trabalho.

Nesse sentido, o trabalho não existe apenas para a satisfação de necessidades externas ao homem, pela produção de objetos materiais, mas é um momento de realização do sujeito social.

De acordo com Fromm (1983, p. 48),

o trabalho é a expressão própria do homem, uma expressão de suas faculdades físicas e mentais. Nesse processo de atividade genuína, o homem desenvolve-se a si mesmo, torna-se ele próprio; o trabalho não é só um meio para um fim – o produto – mas um fim em si mesmo, a expressão significativa da energia humana; por isso, pode-se gostar do trabalho.

Gostar do trabalho é fundamental e indispensável, quando se pensa em produção da saúde do trabalhador no trabalho. A motivação interior, o desejo, a vontade de estar no trabalho e de desenvolver as ações de trabalho são essenciais no processo de produção da saúde.

Por sua vez, o mundo do trabalho, inserido no modo de produção capitalista, tem sofrido constantes influências do processo de globalização, da reestruturação produtiva, da precarização do trabalho, da exclusão social, enfim, das mudanças que,

historicamente, têm se processado na sociedade.

O trabalho em saúde, como parte constituinte do mundo do trabalho, encontra-se permeado, igualmente, por todas essas influências sociais, políticas, ideológicas e econômicas, as quais interferem de forma positiva ou negativa na saúde dos trabalhadores. Segundo Pires (1999, p. 29,30), o trabalho em saúde

é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho de esfera não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comerciável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas [...]. Envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica.

Esse trabalho é um trabalho cooperativo, que tem sido desenvolvido de forma dependente e parcelado por diversos grupos de profissionais. Entretanto, ainda vêm atuando nas instituições de saúde centrados no modelo biologicista de assistência e sob a hegemonia de poder do profissional médico como elemento central da atuação em saúde. Os demais profissionais desenvolvem suas ações com certa autonomia, no que tange ao seu processo de trabalho, mas, em termos genéricos, ainda mantêm-se subordinados às determinações desse profissional no conjunto do trabalho. Outra constatação é que nas instituições de saúde, “cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde, separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 1999, p. 35).

Os elementos que compõem o processo de trabalho, de acordo com as idéias marxistas são o **próprio trabalho**, enquanto atividade desenvolvida com vistas a satisfazer uma necessidade, que tem uma **finalidade** e que produz uma transformação no **objeto de trabalho**, sobre o qual é aplicada a força de trabalho transformadora, gerando um produto, ou seja, o objeto modificado. E, também, os **instrumentos ou meios de trabalho** que são elementos colocados entre o corpo do trabalhador e o objeto a ser transformado, de modo a possibilitar/facilitar a ação de trabalho transformadora.

Assim, o trabalho em saúde tem, como finalidade, a prestação do cuidado a

sujeito ou grupos de sujeitos; como objeto, o sujeito ou grupos de sujeitos doentes, sadios ou expostos a situações de risco, que em suas subjetividades apresentam necessidades singulares; como instrumentos de trabalho, o saber tecnológico em saúde e os instrumentos/equipamentos específicos da área; e como produto, a própria prestação do cuidado em saúde, que é produzido no mesmo momento em que é consumido (PIRES, 1999).

A enfermagem, como trabalho, está inserida no processo de trabalho em saúde e tem diversas dimensões: a prestação do cuidado, a organização do espaço onde se dá o cuidado, a organização do próprio cuidado e o âmbito da educação e da produção de conhecimentos.

No Brasil, as ações de enfermagem têm sido desenvolvidas por uma equipe formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cada um com formação técnica específica. Nessa equipe, cabe ao enfermeiro a concepção do processo de trabalho e, aos demais membros da equipe, a execução das ações junto ao sujeito ou aos sujeitos do cuidado.

Essa separação entre concepção e execução tem origem histórica. Prova disso, é que Florence Nightingale, a qual formava enfermeiras para atuarem junto aos hospitais, dividia-as em dois grupos<sup>9</sup>: as “ladies”, a quem “cabia o pensar, concretizado nos postos de comando” e as “nurses”, encarregadas do “fazer sob a direção das primeiras” (REZENDE, 1989, p.75). Continuando esta reflexão, Rezende (1989, p. 75, 76) destaca que “o trabalho manual, considerado ‘inferior’, podia ser executado por pessoas ‘socialmente inferiores’, excluídas do pensar. Já o trabalho intelectual, considerado ‘superior’, requeria pessoas vindas de ‘camadas superiores’ da sociedade”.

No Brasil, reforçando essa divisão histórica, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – LEP 7.498/86 (disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br>) estabelece as ações a serem desenvolvidas pelos diferentes membros da equipe de enfermagem e legaliza a divisão entre o pensar e o fazer. Cabe ao enfermeiro as ações mais relacionadas ao planejamento, organização e supervisão da assistência e aos

---

<sup>9</sup> Para um maior aprofundamento da questão histórica da divisão social do trabalho, sugere-se a leitura de Melo (1986) e Rezende (1989).

técnicos e auxiliares de enfermagem a execução de tais ações.

Inserida no cenário de transformações sociais e do mundo do trabalho e, contraditoriamente, da perpetuação de valores historicamente determinados, a enfermagem vem se organizando e organizando a assistência, o cuidado por ela prestado, pautada, ainda, em modelos de gestão verticalizados, com centralização do poder de decisão nos que ocupam posições hierarquicamente mais elevadas, com divisão acentuada de tarefas, enfim, em modelos que ainda conservam muitos dos valores apregoados no modelo taylorista/fordista de organização do trabalho.

Segundo Antunes (2002), esse binômio taylorismo/fordismo vigorou, como modelo de organização, na grande indústria ao longo de, praticamente, todo século XX, principalmente a partir da segunda década e baseava-se na produção em massa de mercadorias. Estruturava-se a partir de uma produção homogeneizada e extremamente verticalizada. Na indústria automobilística, por exemplo, a maioria dos produtos necessários para a fabricação de veículos, era feita internamente e havia necessidade de racionalização máxima das operações realizadas, de forma a evitar o desperdício na produção, reduzir o tempo e aumentar o ritmo de trabalho.

Ainda de acordo com Antunes (2002, p. 37),

uma linha rígida de produção articulava os diferentes trabalhos, tecendo vínculos entre as ações individuais das quais a esteira fazia as interligações, dando o ritmo e o tempo necessários para a realização das tarefas. Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução. Para o capital, tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire* do trabalhador, ‘suprimindo’ a dimensão intelectual do trabalho operário, que era transferida para as esferas da gerência científica. A atividade de trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva.

Na maioria dos hospitais brasileiros, o gerenciamento do trabalho da enfermagem mantém muitas das “doutrinas” desses modelos de gestão, historicamente repassadas de geração à geração, sem que reflexões a respeito tenham sido suficientes para superá-las. Os modelos de gestão exigem reflexões constantes, principalmente, porque são sujeitos gerenciando sujeitos, cada um com suas histórias singulares, seus desejos, que nem sempre estão em consonância, em sintonia, e que se modificam

conforme os diferentes momentos históricos.

Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Ora, o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição – mesmo que o seja, em parte (SCHWARTZ, 2004, p. 23).

Isto posto, apreende-se que nem sempre procedimentos pensados *a priori*, estratégias de gestão enquadradas em modelos previamente estruturados podem ter resultados eficientes e eficazes, visto estar o trabalho em constante modificação e serem os trabalhadores sujeitos inacabados e, portanto, igualmente em constante evolução e transformação. Assim, as necessidades, tanto dos trabalhadores quanto do trabalho, como organizações estão sempre a exigir mudanças nos modelos de gestão, próprias da evolução histórica da sociedade.

Schwartz (2004, p. 25) refere que todo trabalho é sempre uma dramática do uso de si, “considerando-o, simultaneamente, uso de si por outro (o que vai das normas econômico-produtivas às instruções operacionais) e uso de si por si (o que revela compromisso microgestionário)”. Neste sentido, fica clara a complexidade do processo envolvido no desenvolvimento das situações de trabalho assim como nas possibilidades de mudanças.

Pires, Gelbcke e Matos (2004, p.316) afirmam que

a enfermagem, na sua grande maioria, tem adotado princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no ‘como fazer’, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência.

A fragmentação da assistência mostra-se mais acentuada, quando se faz a opção pela organização do cuidado na modalidade de cuidado funcional, em que uma mesma ação é executada por um mesmo técnico ou auxiliar de enfermagem, em todos os sujeitos do cuidado que dela necessitam. Nessa modalidade, ocorrem duas fragmentações importantes: a da organização do cuidado em si, em que a concepção e

o planejamento estão a cargo dos enfermeiros; bem como a execução das ações a cargo dos técnicos e auxiliares de enfermagem; e a fragmentação do sujeito do cuidado, pois cada um dos cuidados a ele dispensado é executado por um trabalhador diferente. Cada trabalhador executa a ação que lhe foi conferida: administração de medicações, verificação de sinais vitais, ou seja, ocorre a distribuição dos diferentes “cuidados” entre a equipe.

Outra forma de organização do cuidado, pautada em cuidados integrais, permite a cada trabalhador da equipe prestar a assistência integral aos sujeitos do cuidado, ou seja, um mesmo trabalhador “cuida”, isto é, realiza todos os cuidados pertinentes em um mesmo sujeito. Além de não fragmentar o sujeito do cuidado, essa forma de organização possibilita uma maior autonomia ao trabalhador, que pode “pensar”, “projetar”, “organizar” mentalmente suas ações de trabalho direcionadas ao sujeito, vendo-o como um ser total. Assim sendo, o trabalhador participa de forma mais ativa, o que promove certa desalienação. Possibilita, ainda, um maior tempo de permanência do trabalhador junto ao sujeito do cuidado, de forma a estabelecer uma relação mais próxima, com maior tempo para o diálogo, tão necessário nas inter-relações.

Nos espaços sociais institucionalizados de assistência à saúde, o processo de cuidar envolve uma relação entre sujeitos sociais: os sujeitos do cuidado (usuários/clientes/pessoas que necessitam de cuidados profissionais de saúde) e os sujeitos cuidadores (trabalhadores da saúde). E, para que essa relação produza a saúde dos sujeitos envolvidos, carece estar pautada na proximidade, no tempo disponível de um para com o outro, o que é operacionalizado, de forma mais enfática, pela modalidade de cuidados integrais.

A produção da saúde do trabalhador da enfermagem, um dos sujeitos envolvidos na relação do cuidado, envolve, além da organização do trabalho e da sua participação ativa nessa organização, o sentir-se cuidado, sentir-se valorizado, sentir-se respeitado. Entretanto, os trabalhadores de enfermagem parece que receberam, em geral, uma formação extremamente voltada para o cuidado do outro, mais especificamente, do sujeito do cuidado, porém com pouca ou nenhuma atenção para o cuidado de si. No entanto, o cuidar do outro exige o cuidar de si, mesmo quando na ausência da doença. Radünz (2001, p. 104) descreve que

o cuidar de si é inerente ao viver humano, contudo somente ao tomar consciência do seu direito de viver, do estilo de vida que têm, é que as pessoas passam a questioná-lo ou, a valorizá-lo, até porque, no dia-a-dia, quando se está aparentemente bem e saudável, não se dá a devida importância ao constante exercício do cuidado de si mesmo.

Pelo exposto, percebe-se que a forma de organização do trabalho interfere não só no resultado esperado do processo de produção, como também na produção da saúde dos trabalhadores inseridos no processo e responsáveis por essa produção. Considerando, portanto, a organização do trabalho como um espaço potencializador da produção da saúde e do desgaste do trabalhador, torna-se fundamental refletir sobre esse tema.

Segundo Cezar Vaz (1996, p.83),

a expressão organização do trabalho infere algo, no sentido de uma corrente de conscientização que penetra e subordina o conjunto de ações que constitui o trabalho, em que cada uma dessas ações é concebida como existente somente por meio das outras e para as outras e o todo do trabalho, ou seja, as ações realizadas são, ao mesmo tempo, meios e fins, uma com respeito à outra e todas com respeito à totalidade do trabalho. Nessa direção, a organização do trabalho não possui só o sentido de uma simples força motriz, como uma máquina que dá movimento às ações, mas possui, também, o sentido de uma força formadora ou determinante tal que se comunica aos componentes do processo.

Esse conceito de organização do trabalho contempla a existência de relações de trabalho que comportam, tanto a subjetividade do trabalhador - cada trabalhador com suas particularidades, singularidades, concepções, vivências -, quanto as relações com os demais sujeitos envolvidos no trabalho. Essas diferentes interações/relações entre os sujeitos conferem ao trabalho um caráter “coletivo”, o qual é mais que a soma das individualidades.

É o conjunto das relações, isto é, as relações entre cada parte do todo, do todo com e sobre as partes e das partes sobre o todo, que dão "vida" à organização do trabalho. As ações individuais estão para o conjunto do trabalho, assim como o conjunto se completa de individualidades. Elas podem desencadear alterações na

organização tecnológica do trabalho e essa pode provocar, também, alterações individuais, constituindo um movimento dialético constante no processo de trabalho.

Mendes Gonçalves (1994, p.32), ao definir organização tecnológica do trabalho, salienta o quanto as “redes de relações” que ocorrem no trabalho estão articuladas com a totalidade social, denotando a inter-relação do trabalho com a sociedade na qual está inserido, nos diferentes momentos históricos de sua construção. Para o autor, a organização tecnológica do trabalho é entendida "como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social". Visto existir uma articulação do individual com o social, do trabalho com a sociedade, na qual se origina e da qual é parte integrante, é de vital importância que se apreenda a forma como as ações de trabalho se processam e se organizam, para que se possa compreender, dentro da totalidade social, como o próprio trabalhador pode ser agente de transformação dessa organização, quando a mesma parece não contribuir para a qualidade de vida dos envolvidos com o processo de trabalho. Sendo agente de transformação do cotidiano de trabalho, envolvendo-se com práticas seguras, preocupando-se em produzir condições adequadas às necessidades dos sujeitos do cuidado e de si mesmo, homens e mulheres estarão transformando, igualmente, a sociedade na qual estão inseridos (AZAMBUJA, 1999).

De acordo com Gelbcke (2002b, p.26), a organização do trabalho

pode ser entendida como um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente.

Pires e Matos (2002, p. 190,191), ao definirem organização do trabalho em saúde e da enfermagem, igualmente fazem alusão às relações estabelecidas nos espaços micro e macrosociais do trabalho. Essas autoras entendem organização desse trabalho como um

processo que envolve os trabalhadores da saúde, nas suas relações internas e

nas relações com os usuários, portanto, uma relação entre sujeitos sociais. Envolve, também, as relações com os demais profissionais da saúde e diversos grupos de trabalhadores que atuam nas instituições de saúde; os constrangimentos e facilidades colocados pela estrutura institucional; as relações hierárquicas; o conhecimento e a tecnologia disponível em saúde e na enfermagem; a divisão do trabalho; o modelo de gestão adotado pela instituição e pela enfermagem e as relações estabelecidas com as demais instituições de saúde.

Partindo do pressuposto de que a organização do trabalho nos espaços microsociais sofre influência da organização macrossocial, na qual o trabalho está inserido, e que o trabalhador, como parte desse processo, estabelece relações com seus pares, com os sujeitos do cuidado e com a organização, denota-se o quanto sua saúde é influenciada pelas macroestruturas da sociedade e do trabalho em saúde.

Egry (1996), ao discorrer sobre o conceito de totalidade, enfatiza a importância de se considerar o contexto onde cada fenômeno, cada acontecimento está inserido e as relações estabelecidas entre ele e os espaços macroestruturais, para a apreensão do significado que o fenômeno tem. Neste estudo, a inserção da saúde do trabalhador na totalidade social é de fundamental importância. Para a autora, o conceito de totalidade

implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos. Isto não quer dizer que se deva conhecer todos os fenômenos, igual e indistintamente. Significa que o fenômeno referido só se ilumina quando referido à essência, ou seja, àqueles elementos que definem sua própria natureza no seu processo de produção. A totalidade, então, só é apreensível através das partes e das relações entre elas (EGRY, 1996, p. 83).

Na perspectiva de estudar a influência da organização do trabalho na vida do trabalhador, diversos autores apontam para a organização como produtora de sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992, 1994, 2003; LUNARDI FILHO, 1995; GONZALES, 2000; BECK, 2001) e de desgaste (LAURELL, NORIEGA, 1989; GELBCKE, 1991; 2002 b; SILVA, 1996). Embasada na leitura desses estudos, acredita-se que, para que a produção de saúde do trabalhador aconteça, é preciso que ocorram transformações na forma como o trabalho está organizado, na percepção dos

trabalhadores de que os fatores provocadores de desgaste não são “naturais”, podendo, portanto, ser modificados. Tais modificações pressupõem, igualmente, a necessidade de transformações sociais.

Dejours (1994, 2003) salienta que o trabalhador, muitas vezes, acaba banalizando seu sofrimento, por atribuir os fatores desencadeadores de desgaste e de sofrimento à “causalidade do destino”, diante da qual nada pode ser feito. Ocorre um processo de resignação, no qual os trabalhadores, por acreditarem na fatalidade, não se organizam para a ação coletiva transformadora. Para Robazzi e Marziale (1999, p.333) os trabalhadores de enfermagem experienciam uma “apatia profissional”, em que os problemas são visualizados, mas não suscitam “reação concreta para mudar os acontecimentos”.

Portanto, apesar da percepção de que mudanças são necessárias, essas não se processam com facilidade. Algumas tentativas têm sido feitas, no sentido de mudar a forma de gerenciamento, de organização do trabalho, no intuito de diminuir as cargas a que os trabalhadores em saúde estão expostos, de abrir espaço para sua co-participação nos processos decisórios, de preocupar-se com a produção da saúde dos trabalhadores, estimulando o cuidado de si. No entanto,

os novos modelos de gestão introduzidos não permitiram suplantar o taylorismo/fordismo. Normas, regras e rotinas ainda determinam o que fazer, como fazer e inclusive o que sentir, desconsiderando a dimensão humana e subjetiva do trabalho da enfermagem (PIRES, GELBCKE, 2001, p. 14, 15 ).

Na sociedade em que se vive, sob a hegemonia do modo de produção capitalista, o trabalhador é apreendido, predominantemente, como mercadoria. No entanto, é imprescindível que se mude essa visão essencialmente capitalista do trabalhador, pois ele é para além de seu momento no trabalho, é um sujeito social. Então, como sujeito, tem a necessidade de participar do processo de trabalho no qual está inserido e, assim, poderá, de forma coletiva, intervir na lógica que direciona a organização do trabalho, para que ocorra a produção de sua saúde (AZAMBUJA, 1999).

### 3.3 O Sujeito no e do Trabalho, e a Produção da Subjetividade

O sujeito/trabalhador, como sujeito capaz de produzir transformações, pode e deve produzi-las em seus microespaços sociais, ou seja, no processo de trabalho institucionalizado. Leopardi (2002a, p.10), referindo-se aos problemas existentes no trabalho, afirma que “muitos dos males [...] podem ser eliminados pelo trabalhador, na medida em que adquire consciência de si mesmo e de seu mundo”.

De acordo com Freire (1980, p. 25), a “conscientização é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”. Ao conhecer a realidade, ao ser capaz de, criticamente, estar no mundo do trabalho, fazer parte dele, ser capaz de avaliar onde estão as potencialidades de mudança, o trabalhador, como sujeito, pode intervir coletivamente para mudar.

O trabalhador é um ser humano único, cuja existência está constituída de diferentes esferas: política, social, educacional, laboral, familiar, ecológica, espiritual, dentre outras. Ao assumir diferentes papéis sociais, no vivenciar dessas diferentes esferas, ele é total em cada momento. No trabalho, ele é o que é em sua totalidade e não apenas trabalhador. Nenhum desses papéis pode ser visto de forma isolada. Precisam ser vistos como parte da totalidade.

Nesse sentido, cada um dos papéis sociais influencia o outro e, também, o todo, sendo que o todo influencia em cada um desses papéis desempenhados pelo sujeito trabalhador que, constantemente, busca a satisfação de suas necessidades (AZAMBUJA, 1999). Assim sendo, no trabalho, ele não existe apenas para satisfazer as necessidades relativas ao processo saúde-doença dos sujeitos do cuidado, mas para satisfazer, igualmente, suas necessidades como ser humano total e social.

Sua condição genérica exige uma produção constante de condições adequadas para sua existência humana, levando os seres que contemplam seu lado racional e emocional, a questionar e agir na direção da satisfação qualitativa de necessidades. Essa produção de condições percorre vários espaços/ambientes (família, escola, trabalho...), onde os papéis sociais são constituídos para serem suficientemente “fortes” para atenderem àquelas necessidades.

Esse envolvimento do trabalhador é essencial na produção de sua saúde, pois a

preocupação com tal produção não deve ser apenas dos espaços institucionais de assistência à saúde enquanto estrutura física, mas de cada trabalhador que, através do seu agir e das relações que estabelece, é a força que dá movimento ao processo de trabalho. Fazer alusão a esse envolvimento como essencial no processo de produção da saúde significa perceber a importância do trabalhador, como sujeito cidadão no e do trabalho, na realização das transformações necessárias na organização do trabalho.

Porém, essa individualidade é parte inicial do processo coletivo de transformações, o qual nasce, a priori, das transformações internas em cada trabalhador. Essa "abertura interna" motiva, impulsiona os demais na mesma direção transformadora.

Para Enguita (1993, p.99), "[...] o homem associado pode tudo". Por vezes, o trabalhador deixa-se envolver na sua individualidade, na sua necessidade de produzir para cumprir a demanda a ele solicitada e na luta para garantir o emprego. Deixa-se absorver pelas exigências imediatas do trabalho prescrito e não consegue se abstrair desse envolvimento para refletir, criticamente, sobre sua participação no processo de trabalho. Fica restrito ao fato de produzir ações pré-estabelecidas, sem que se perceba parte do conjunto da produção em si, ou seja, do processo de produção e reprodução, que envolve não só o fazer, mas, igualmente, o refletir, o relacionar-se.

Ao relacionar-se ultrapassa os limites de uma força individual, para encontrar, no grupo uma força coletiva que, mais do que a soma das forças individuais, contém em si uma força própria, capaz de transformar.

As relações e reflexões que conduzem às ações transformadoras compõem o processo de educação, que é um processo que acompanha toda a vida do ser humano. Para Freire (1997, p. 10,11), “a educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização”, que produz a criticidade nos sujeitos históricos e sociais. Através do conhecimento da realidade e de sua capacidade de criticar essa mesma realidade, os sujeitos, através da ação coletiva que se produz pelas relações, podem ser agentes de transformação.

Dependendo da forma como o trabalhador vivencia essas relações, poderá conseguir (ou não) mostrar-se como sujeito no e do trabalho. Ao objetivar sua subjetividade no trabalho, poderá exteriorizar sua necessidade de construir-se como

um ser saudável. Exteriorizando-a, poderá ser capaz de socializá-la, potencializando ou estimulando ações coletivas. Ao objetivar-se, “o ser humano mostra a sua integralidade, manifesta pelo conjunto das transformações imprimidas sobre o mundo real em diversas dimensões” (CAPELLA, LEOPARDI, 1999, p. 85).

Capella (1998, p. 97) enfatiza que o ser humano

é singular porque tem um corpo natural humano, mas também é social porque sua existência, incluindo seu corpo, foi construída coletivamente, com outros homens. Neste sentido, ele está sempre transitando entre sua particularidade, singularidade e sua condição de ser social, cultural, genérico, universal.

Esse ser humano/trabalhador, inserido em um processo de trabalho, precisa lutar para ter assegurada sua singularidade no coletivo do qual faz parte, através de suas ações e de suas reflexões sem, contudo, deixar de perceber-se como um ser de relações. Assim agindo, garantirá, de forma individual e coletiva, a sua participação ativa e de seus pares no processo de trabalho ao qual pertence, de forma a poder manifestar suas necessidades, não só aquelas relativas a questões de subsistência: alimentação, moradia, educação, como também aquelas referentes à preservação de si como sujeito no e do trabalho, entre as quais a participação efetiva no processo de trabalho, entendendo-o como um espaço para criar e produzir a sua saúde.

Essas abordagens conduzem o pensamento ao encontro do sujeito trabalhador, como potencial produtor de condições, na organização do trabalho, para produção da saúde. Refletir sobre o trabalhador como sujeito impõe a necessidade de apresentar a visão de sujeito que norteará este estudo, para o que me apropriei das idéias de Ramos (1999, p.105,106), quando diz que

o ser humano, por transformar pensamento em ação e exteriorizar-se no mundo, mostrou-se o ‘sujeito’ por excelência. E ser sujeito passou a ser atributo daquele que pensa, age e conhece ou que ‘se põe’ na ação, porque a decide, determina. Mas a ação, determinada pelo homem, passou a determiná-lo como sujeito.

Transparece, nessa assertiva, que “sujeito” é aquele que pensa e exterioriza seu

pensar em ações sobre o mundo. Assim agindo, transforma o mundo e se transforma, em um movimento constante de produção e reprodução de si, do outro e da natureza. Tem a capacidade de decidir e, assim sendo, é capaz de imprimir um toque de sua individualidade, de sua maneira de ser e de ver o mundo, naquilo que concretamente se mostra como resultado de sua ação.

No trabalho, esse sujeito igualmente transforma e é transformado, a partir das relações que aí são estabelecidas. Através dessas relações, do encontro com o outro, é que o sujeito do trabalho se exterioriza e se constrói. “O trabalho, como atividade humana, é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente” (LEOPARDI, 1999, p.9).

No trabalho em saúde (neste momento faz-se um recorte e fixa-se o olhar, mais especificamente, no trabalho da enfermagem), é necessário que o trabalhador, já que é sujeito que age e reage, possa expressar sua subjetividade, possa materializar sua criatividade em ações que venham ao encontro da satisfação das necessidades dos sujeitos do cuidado, bem como satisfaçam suas necessidades, enquanto sujeito trabalhador que faz. Para Sá (2001, p.159), o sujeito

é um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade, e fazer de suas contradições, de seus conflitos e medos a própria condição de sua vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas e reconhece a alteridade do outro e sua própria alteridade.

Exteriorizar a criatividade, inerente ao ser humano, significa superar limites, vencer dificuldades, ser sujeito/cidadão e não apenas um “fazedor” de tarefas determinadas por outros. O fato de planejar seu trabalho mentalmente, o que é próprio do ser humano, confere-lhe a possibilidade de imprimir criatividade às suas ações, podendo objetivá-la na relação com o objeto de seu trabalho.

Sendo criativo, sendo partícipe do/no processo de trabalho, estará o trabalhador acrescentando qualidade de vida e prazer ao seu modo de subsistência, condições que são indispensáveis para que o sujeito no e do trabalho sinta-se saudável. A criatividade possibilita-lhe expressar suas crenças, seus anseios, sua capacidade de ser, de ver e de

agir de forma diferente diante dos acontecimentos rotineiros do cotidiano de trabalho.

Percebe-se, nesse sujeito, com capacidade de expressar sua subjetividade no espaço construído coletivamente no trabalho, uma grande aptidão para transformar as políticas, as organizações, enfim, as ações de trabalho, para que sejam produtoras da sua saúde e de seus pares. Entretanto, para que o trabalhador possa ser sujeito no e do trabalho, capaz de imprimir transformações em seu cotidiano, é necessário que lhe seja dado - ou que ele conquiste - espaço no trabalho para manifestar sua subjetividade, nesse emaranhado de relações que compõem as diferentes organizações de trabalho em saúde.

A conquista desse espaço pode se dar a partir da visão do processo educativo como componente do processo de trabalho. Através do processo educativo, como formação do ser humano no e pelo trabalho, é possível a construção de situações nas quais os sujeitos sejam capazes de utilizar, ao máximo, suas potencialidades na produção coletiva da saúde, e em que os sujeitos sejam capazes de criar, de participar a partir dos conhecimentos que lhes possibilitem uma consciência crítica transformadora. Segundo Frigotto (1989, p. 19),

o conhecimento, a superação do senso comum e a formação da consciência política crítica se dão na e pela práxis. Práxis que resulta da unidade dialética entre teoria e prática, pensar e agir. Esta unidade, por sua vez, não é algo mecânico, harmônico, mas traz a marca dos conflitos, avanços e recuos, do processo histórico.

Conhecedor de sua realidade, tendo essa visão crítica diante dos acontecimentos/relações que compõem o processo de trabalho, o trabalhador poderá fazer escolhas, no sentido de mudar o que há para ser mudado, objetivando sua saúde e a saúde dos sujeitos do cuidado. Para tanto, é necessário que esse sujeito trabalhador encontre estratégias que lhe possibilitem a expressão de suas escolhas, de suas necessidades, de sua interioridade, de sua subjetividade singular para, então, de forma coletiva, intervir no cotidiano de trabalho.

No entanto, o agir e os resultados da ação social não são apenas resultado da vontade autônoma dos sujeitos, assim como os sujeitos não são meros reprodutores das

macroestruturas político-sociais. Ou dito de outra forma por Przeworski (1989, p. 8), ao mesmo tempo em que “a conduta coletiva não é totalmente moldada pelas circunstâncias objetivas, estas definem a cada momento a estrutura das alternativas possíveis, entre as quais é dado eleger com liberdade”.

Neste sentido, no contexto da ação do trabalhador como potencialmente produtora da saúde ou do desgaste, percebe-se que os trabalhadores têm possibilidades objetivas, postas (ou não) na organização do trabalho, diante das quais suas escolhas podem ser determinantes de mudanças significativas. Esse sujeito/trabalhador relaciona-se com essas “possibilidades” de acordo com sua forma de ser, com seus valores, crenças, finalmente, de acordo com suas diferentes experiências, com sua subjetividade. Isso significa dizer que os trabalhadores podem “agir” diante das circunstâncias, fazendo escolhas, sem a necessidade de reproduzir aquilo que institucionalmente está posto.

O trabalhador, portanto, como um sujeito livre, pode fazer suas escolhas, expressando sua subjetividade, as quais serão objetivadas no coletivo do trabalho. Essas escolhas, em muitos momentos do processo de trabalho, são determinantes da produção da saúde ou do desgaste do trabalhador. Fazê-las, pressupõe conhecer as possibilidades, conhecer o que existe para ser escolhido, o que está colocado pelas políticas públicas e que interfere nas políticas institucionais, e o que não está claramente colocado, mas que pode existir como possibilidade. Pressupõe, portanto, concretizar, no trabalho, ações de cunho educativo.

Aquilo que institucionalmente existe, mas que não está conduzindo à saúde do trabalhador, pode não ser a escolha, desde que possam ser vislumbradas (ou construídas) outras opções (mesmo que aparentemente invisíveis na organização do trabalho), desde que o visível incomode e desacomode os trabalhadores. Aquilo que incomoda, que causa sofrimento e desgaste, pode e deve ser modificado. Para isso, no entanto, necessário se faz que o processo de banalização do que provoca tais sentimentos, possa ser controlado, não ficando “instituído” como parte de uma forma coletiva de agir.

Dejours (2003, p.22) refere que

[...] a banalização do mal passa por várias fases intermediárias, cada uma das quais depende de uma construção humana. Em outras palavras, não se trata de

uma lógica incoercível, mas de um processo que implica responsabilidades. Portanto esse processo pode ser interrompido, controlado, contrabalançado ou dominado por decisões humanas que, evidentemente, também implicariam responsabilidades. A aceleração ou a freagem desse processo depende de nossa vontade e de nossa liberdade. Nosso poder de controle sobre o processo pode pois ser aumentado pelo conhecimento de seu funcionamento.

Ao estudar o sofrimento no trabalho, as relações entre a subjetividade e o trabalho, Dejours enfatiza que a banalização do sofrimento advém, em muito, da clivagem entre o sofrimento e a injustiça. Quando essa clivagem ocorre, as pessoas tendem a ver o sofrimento como uma adversidade, mas uma adversidade que não suscita reação política, mudança individual/coletiva. Pode até suscitar compaixão, piedade ou caridade, mas não necessariamente provoca indignação ou apelo à ação coletiva.

O sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e de protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resulta de uma injustiça. Evidentemente, quando não se percebe o sofrimento alheio, não se levanta a questão da mobilização numa ação política, tampouco a questão da justiça e injustiça (DEJOURS, 2003, p.19).

Estas reflexões levam o pensamento para a vivência do sentimento “sofrimento” no trabalho em situações concretas como acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho, situações de risco, por fim, vivências que podem ser potencialmente produtoras de desgaste. Essas vivências necessitam ser percebidas como tendo o potencial para o desgaste, de forma a suscitar ações que as modifiquem no cotidiano de trabalho.

Diante da compreensão dessas questões, os trabalhadores podem fazer suas escolhas, tomar suas decisões, as quais, apesar de serem inicialmente individuais, são fruto de experiências vividas de forma coletiva, sendo, portanto, construídas coletivamente. É possível, pois, fazer escolhas que, construídas coletivamente, possam intervir na lógica que norteia a organização do trabalho para que exista prazer,

satisfação e saúde. Todo esse movimento transformador exige trabalhadores envolvidos com as questões estruturais, relacionais e políticas que compõem a organização do trabalho, o que pressupõe ter responsabilidade pelo processo e pelo produto da transformação. Pressupõe que a relação entre o trabalhador e o trabalho, apesar de, por vezes, conflituosa, seja estruturada na participação coletiva, na visão crítica diante das situações, no processo educativo que tem o potencial para mudança, para construir e (re)construir.

As diferentes relações estabelecidas entre o trabalho e o trabalhador são analisadas por Dejours (2003), através do que ele denomina de “psicodinâmica do trabalho”. Para o autor, essa disciplina, inicialmente denominada psicopatologia do trabalho, tem por objetivo o estudo clínico e teórico da patologia mental decorrente do trabalho centrado no sofrimento psíquico. Afirma que

o trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo, em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha. Por que o trabalho é ora patogênico, ora estruturante? O resultado não é dado jamais de antemão. Depende de uma dinâmica complexa cujas principais etapas são identificadas e analisadas pela psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2003, p. 21).

O olhar da psicodinâmica do trabalho auxilia a perceber as diferentes situações do processo de trabalho, que ora podem produzir a saúde, ora o desgaste. Apesar deste estudo não se centrar no sofrimento psíquico, esta abordagem teórica contribui para ampliar os horizontes de análise, buscando ver o sujeito trabalhador como um todo, em suas diferentes dimensões: biológica, psicológica, ética (presente em todas as ações do trabalhador, inclusive no momento em que estabelece suas escolhas), política, como sujeito social em constante relação com o mundo, com a natureza, com seus pares, com os sujeitos do cuidado e como sujeito construtor de ações que conduzam à produção da saúde. Como sujeito capaz de (re)modelar a subjetividade coletivamente posta e os papéis que lhe são prescritos, que vêm sendo produzidos nos diferentes momentos históricos de construção da sociedade. Como sujeito que busca manter, nas relações de trabalho e nas demais relações sociais, a sua singularidade, seus desejos,

sua motivação, sua criatividade.

Pires (1998, p. 30) enfatiza que

o modo de produzir e reproduzir a vida material e social, a forma como se realiza o trabalho humano, a construção do conhecimento, os valores e as regras de convivência social, são produção humana, resultante de relações sociais.

Portanto, os sujeitos, por meio da ação coletiva, constroem a história, ao mesmo tempo em que são por ela influenciados.

Sendo produção humana, o trabalho não necessita ser apenas fonte de desgaste, de sofrimento e de abnegação. Pode e deve ser um momento da existência do ser humano, em que há produção de saúde, de prazer. Dejours, Dessors e Desrioux (1993, p.99) salientam que o trabalho, apesar de encerrar, em si, fatores causadores de sofrimento/desgaste, “é, também, um fator essencial de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento”.

Considerando-se as reflexões de Marx (1993), Guattari (2005) e Dejours (1994, 2003) sobre subjetividade, é possível apreendê-la como processo de produção contínua, que se dá no estabelecimento das relações sociais, no momento em que o sujeito se exterioriza, se coloca, mostra sua singularidade, se deixa seduzir pela alteridade dos demais sujeitos com os quais se relaciona, ao mesmo tempo em que busca seduzir os outros pela demonstração de sua alteridade no encontro e na relação com o outro e com o mundo.

Segundo Guattari (2005, p.33), a idéia de subjetividade como “essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”, diz respeito à grande “massificação” dos sujeitos produzida pelos meios de comunicação e pelas tecnologias que intensificam o acesso aos mais variados tipos de informações e ao consumismo. Essa massificação faz com que os sujeitos tenham que, constantemente, atualizar suas experiências e modos de ver e de ser no mundo, pois as exigências apresentadas cotidianamente pelas máquinas de produção de subjetividade movem os sujeitos no sentido de acompanhar tais exigências, de modo a não permanecerem ou se sentirem marginalizados.

Guattari (2005, p.22) defende a idéia de que a cultura de massa<sup>10</sup> está na base da produção de subjetividade, não só da

subjetividade individuada – subjetividade dos indivíduos – mas uma produção de subjetividade social que se pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo. E mais ainda: uma produção de subjetividade inconsciente. [...] essa grande fábrica, essa poderosa máquina capitalística produz, inclusive, aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos, quando nos apaixonamos e assim por diante. Em todo caso, ela pretende garantir uma função hegemônica em todos esses campos.

O modo como os sujeitos assumem e vivem essa subjetividade moldada, em suas experiências particulares, oscila entre dois extremos: o da alienação, “na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe”; ou de expressão e de criação, “na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade”, produzindo um processo de singularização (GUATTARI, 2005, p.42).

A alienação, para Marx (1993), significa que o homem (sujeito) não se percebe nem se vivencia como agente ativo diante do mundo, dos objetos, muitas vezes por ele mesmo criados. Vivencia o mundo e a si mesmo de forma passiva. Essa atitude passiva do sujeito diante do mundo vai ao encontro do que Guattari defende como submissão do indivíduo à subjetividade moldada.

Fromm (1983, 51), ao refletir sobre o significado de alienação em Marx, traz à discussão, o conceito de idolatria, expresso desde o Antigo Testamento. A idolatria, segundo ele, “é sempre a adoração de algo em que o homem colocou suas próprias forças criadoras e a que agora se submete, em vez de experienciar-se a si próprio em seu ato criador”. Salienta, ainda, que “quanto mais o homem transfere seus próprios poderes para os ídolos, tanto mais pobre ele fica e tanto mais dependente dos ídolos, pois estes só lhe permitem reaver pequena parte do que era originalmente dele”.

---

<sup>10</sup> Esse autor (GUATTARI, 2005, p. 23) defende a idéia de que a palavra cultura teve vários sentidos no decorrer da história. Um primeiro sentido, que designou de cultura-valor, corresponde a um julgamento de valor que determina quem tem e quem não tem cultura. O segundo sentido, designado de cultura-alma, “é uma espécie de *a priori* da cultura: fala-se em cultura negra, cultura *underground*, cultura técnica e assim por diante. É uma espécie de alma um tanto vaga, difícil de captar[...]”. No terceiro sentido, a cultura de massa ou cultura-mercadoria, “não há julgamento de valor, nem territórios coletivos da cultura mais ou menos secretos”, diferentemente do que é apregoadado nos outros dois sentidos. A cultura-mercadoria consiste em produzir e difundir mercadorias culturais; é uma cultura que se produz, se reproduz e se modifica constantemente.

Ao pensar sobre as idéias expostas, tentando entrecruzá-las, ousaria estender a idéia de idolatria ao consumismo hoje tão difundido pela mídia e que se entende como mantendo aproximação com a subjetividade moldada e assumida como tal pelos sujeitos sociais. As informações veiculadas, por vezes são assimiladas como necessárias para a aceitação social dos diferentes sujeitos, sem contestação, sem reflexões a respeito. Assim sendo, muitos são os que, sentindo-se excluídos, por não atenderem às “exigências” sociais, passam a buscar, incessantemente, os produtos, os objetos, enfim, os “ídolos” que a sociedade capitalista apresenta como necessários para o reconhecimento social.

O outro extremo da postura dos sujeitos diante da subjetividade moldada está colocado na expressão ou criação, entendida como processo de singularização ou modos de subjetivação singulares. Para Guattari (2005, p. 22, 23), esse processo é definido como sendo

uma maneira de recusar todos esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos.

Baseado nas idéias desse autor entende-se essa postura do sujeito como tendo sua base assentada na necessidade de refletir diante da subjetividade produzida externamente a ele, de forma a não assimilá-la como pronta, acabada, mas de reapropriar-se dela fazendo uso de sua capacidade criativa, para recriá-la de acordo com sua singularidade. Aceitando a subjetividade como inacabada, como passível de (re)modelação, o sujeito poderá demonstrar sua capacidade de se colocar no mundo, de exercer sua autonomia, de ser ele mesmo. Assim agindo, estará criando condições para atender a seus desejos, a suas necessidades e não ser só um receptáculo dos desejos socialmente criados.

Transpondo essas questões para o mundo do trabalho da enfermagem, cenário deste estudo, mais amiúde para a relação sujeito-trabalho, faz-se necessário entender o

trabalhador como sujeito que pensa, que cria, mesmo dentro de uma organização do trabalho que pode ter sido pensada por outros e colocada diante de si para ser seguida.

Dejours (1994, p. 140), ao discorrer sobre o trabalhador como sujeito pensante, afirma que

ele não é um brinquedo passivo das pressões organizacionais, em virtude de um determinismo sociológico ou tecnológico vulgar. Fundamentalmente, o sujeito pensa sua relação com o trabalho, produz interpretações de sua situação e de suas condições, socializa essas últimas em atos intersubjetivos, reage e organiza-se mentalmente, afetiva e fisicamente, em função de suas interpretações, age, enfim, sobre o próprio processo de trabalho e traz uma contribuição à construção e evolução das relações sociais de trabalho.

Para esse autor, a organização do trabalho aparece como uma relação intersubjetiva e uma relação social, visto que os sujeitos estão, no trabalho, em constante relação com outros sujeitos e com os coletivos. Essas relações estão sempre mediatizadas por relações hierárquicas de solidariedade, de subordinação, de reconhecimento, de formação, de lutas e de conflitos. A organização técnica do trabalho passa, então, por uma integração humana, que a modifica e lhe dá uma forma concreta: a organização real do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Trazendo essa reflexão para o trabalho da enfermagem, entende-se que o momento em que o trabalhador “cuida” de sujeitos com carências de saúde, seja o momento no qual ele mais se coloca, mais “pensa” o seu trabalho, mais dá vida à organização prescrita ou concretude à organização real. É o momento em que o trabalhador exerce sua autonomia, em que consegue pôr em ação seu projeto de trabalho, deixando transparecer sua singularidade. Então, o trabalho torna possível ao trabalhador coletivizar sua subjetividade singular, ao mesmo tempo em que, por vezes, singulariza as subjetividades coletivas, moldadas (ou não) pela organização prescrita do trabalho.

O sujeito objetiva, em ações concretas, sua subjetividade, a qual pode deixar de ser individual, sua, para poder ser coletiva, assimilada e entendida pelo grupo e levada à ação coletiva.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994, p.141), o sentido que o sujeito constrói

das situações que vivencia, “é fortemente singularizado pela forma através da qual a situação atual de trabalho se encaixa, faz ressonância com as experiências passadas e expectativas atuais do sujeito”. Esse tem aptidão para interpretar uma dada situação e, diante dessa interpretação, para elaborar suas ações para e com o sujeito do cuidado.

A subjetividade é, então, uma produção contínua, uma re-elaboração do estabelecido, uma (re)construção a partir do já construído, uma construção nova a partir da história do sujeito, num cenário sempre renovado pelas relações sociais estabelecidas entre sujeitos que têm a capacidade de pensar, de criar, de refletir, de se colocar e de receber o outro que se coloca.

Guattari (1990, p. 7) propõe uma definição de subjetividade, que lança desafios ao pensamento. Segundo ele, a subjetividade, em um conceito mais englobante, consiste em ser:

o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como Território existencial auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva. Assim, em certos contextos sociais e semiológicos, a subjetividade individua-se; uma pessoa, tida como responsável por si própria, posiciona-se no seio das relações de alteridade regidas por usos familiares, costumes locais, leis jurídicas... Em outras condições, a subjetividade se faz coletiva, o que não significa que ela se torne, entretanto, exclusivamente social.

Para que o paradigma ainda dominante do modelo taylorista de organização do trabalho em saúde e na enfermagem possa ser superado, necessário se faz romper com a invisibilidade que esse modelo tenta impor sobre a subjetividade do sujeito trabalhador. A cisão tão fortemente arraigada entre concepção e execução que vem sendo perpetuada no trabalho da enfermagem precisa ser volatilizada pela participação efetiva dos trabalhadores em todas as fases do processo de trabalho, participação essa pautada na vivência e na experiência cotidiana, no conhecimento produzido e reproduzido no trabalho, nas relações estabelecidas entre os sujeitos que possibilitam a (re)elaboração coletiva do processo de trabalho.

Além desses quesitos pertencentes à esfera do trabalho, é preciso igualmente considerar as diferentes histórias dos sujeitos trabalhadores, seus diferentes contextos

de vida, pois o modo de ser do “trabalhador” se faz a partir das diferentes relações sociais em que ele se insere. O processo de formação do trabalhador, que se dá desde seu nascimento, exerce forte influência em seu modo de ser, estando na base da construção de sua subjetividade singular, que cotidianamente “encontra-se” com as subjetividades singulares de outros trabalhadores e com as subjetividades coletivamente produzidas.

Alicerçada no referencial teórico apresentado e nas vivências e experiências em diferentes contextos de trabalho, destaca-se, neste momento, os **pressupostos** que embasam este estudo:

O processo de trabalho em saúde institucionalizado é um "espaço" que pode potencializar a saúde ou produzir desgaste no trabalhador.

A expressão da cultura, das crenças, dos valores e das percepções do trabalhador no trabalho podem modificar a lógica da organização do mesmo.

O trabalhador, como sujeito no e do trabalho, capaz de fazer escolhas e tomar decisões, é agente potencial de transformação social.

O trabalhador, como agente potencial de transformação social, encontra limites e possibilidades para transformar o trabalho, no cenário das macroestruturas econômica e social onde está inserido, no sentido da produção da sua saúde.

## **CAPÍTULO 4**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 Tipo de Estudo**

A proposta de estudar a relação existente entre a subjetividade do trabalhador no que concerne à produção da sua saúde ou do seu desgaste, e a objetividade do trabalho expressa na sua organização, pressupõe que esta seja uma pesquisa qualitativa. Chizzotti (1995, p.79) refere que

a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos usam em suas ações.

O trabalhador da enfermagem, participante deste estudo, está inserido em um contexto de trabalho, em que as relações com os demais trabalhadores, com os sujeitos do cuidado e com a organização acontecem. Esse contexto de trabalho é entendido como parte de uma totalidade histórico-social. Assim sendo, a abordagem qualitativa é pertinente, pois o sujeito não se constrói independentemente das relações sociais e dos diferentes contextos onde se insere. Para Leopardi (2002b, p.117), com esse tipo de pesquisa

tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre.

O processo de reflexão sobre as relações estabelecidas nos espaços sociais do trabalho em saúde, as quais envolvem a organização do trabalho, a produção da saúde do trabalhador e as políticas de saúde que direcionam as ações voltadas à saúde do mesmo, pressupõem a necessidade de buscar as raízes históricas do processo de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. Considerando, também, que o objeto deste estudo está no sujeito do trabalho - trabalhador - o qual é histórica e socialmente construído, vislumbrou-se, no materialismo histórico e dialético, a abordagem possível para este estudo. Minayo (1993, p. 65) refere que

enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação.

Este referencial possibilitou a compreensão das relações expressas pela subjetividade do trabalhador que podem ser, contraditoriamente, potencializadoras da sua saúde ou do seu desgaste. Para compreender o objeto de estudo pelo método dialético, faz-se necessária a percepção de que existe uma relação dialética entre os fenômenos e sua essência, entre as leis e os fenômenos; entre o singular e o universal, entre o particular e o geral; entre a imaginação e a razão; entre a base material e a consciência; entre teoria e prática; entre o objetivo e o subjetivo; e entre indução e dedução (MINAYO, 1993).

## **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido em dois locais: um hospital universitário e um hospital filantrópico, ambos situados em um município localizado no extremo Sul do Brasil.

O hospital universitário<sup>11</sup> tem caráter público inter-relacionado com uma vocação universitária, uma vez que atende às necessidades de saúde da comunidade em que está inserido, dentro dos Princípios Fundamentais do Sistema Único de Saúde e é base para formação de recursos humanos na área de saúde, já que desenvolve ações voltadas ao ensino, à pesquisa e à extensão, pilares da missão da Universidade a qual está ligado.

O segundo hospital é filantrópico e de ensino. Oferece atendimento a sujeitos do Sistema Único de Saúde, conveniados e particulares. É um hospital geral, de grande porte e pavilionar, isto é, tem diferentes serviços dispostos em edificações distintas (BRASIL, 1985), denominado, pelo próprio hospital, de complexo hospitalar.

A opção por estudar dois hospitais residiu no fato de querer apreender diferenças no processo de produção da saúde ou do desgaste dos sujeitos trabalhadores, em duas realidades, ou seja, em hospitais com características diferenciadas.

As unidades de escolha foram as Unidades de Terapia Intensiva<sup>12</sup> – adulto (UTI) de cada hospital, justificada por serem unidades críticas, que tendem a agregar fatores geradores de desgaste.

Além disso, o tempo de internação prolongado, a gravidade do estado de saúde dos sujeitos do cuidado, a “invasão” de equipamentos com tecnologia de ponta, bem como a relação que se estabelece entre os trabalhadores e os familiares tendem a ser fatores geradores de desgaste nesses trabalhadores. O desgaste maior ou menor, bem como as possibilidades de atuar de forma a buscar o cuidado de si e a produção da saúde dependem de múltiplos fatores que incluem as características de cada sujeito

---

<sup>11</sup> “Os hospitais universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. Os Hospitais Universitários são importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, seus Programas de Educação Continuada, oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o Sistema de Saúde” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

<sup>12</sup> Nestas unidades, os trabalhadores de enfermagem “têm riscos que envolvem sua saúde, pois cuidam de pacientes que requerem cuidados especiais, tanto no aspecto físico quanto emocional. Esses, muitas vezes, negam ou desconhecem estes riscos, por falta de investigação que associe certas condições iatrogênicas do ambiente e do próprio processo de trabalho nessas unidades a aspectos de desconforto e mal-estar apresentado por eles” (BECK, 2001, p.18).

(formação profissional e capacitação para o exercício de determinada atividade, papel desempenhado no trabalho, sua história de vida, momento de vida e potencial para a saúde, tanto o herdado biologicamente como o adquirido pessoalmente), e também de como o trabalho é organizado e gerenciado, o que pode ser potencializador do desgaste ou estimular o sentido da satisfação com um trabalho realizador.

O conceito de unidade crítica, para Beck (2001, p. 20),

deve ser entendido como relacionado a unidades fechadas que atendem pacientes com risco de vida, com possibilidades de recuperação, ou em condições especiais, como no processo de parto, recuperação anestésica, emergência e outros. São compostos por pacientes que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência de alterações fisiopatológicas e que supõe a ação de uma equipe de saúde especializada, bem como normas e regulamentos específicos para o seu funcionamento.

Nesse ambiente, as ações da equipe de enfermagem são desenvolvidas na vivência cotidiana com os tênues limites entre a vida e a morte, entre possibilidade e terminalidade, entre alegria e tristeza.

Além dos fatores mencionados que envolvem os trabalhadores desse tipo de setor, a escolha das UTIs pautou-se também no fato de que se trata de um ambiente fechado, mas que depende e está integrado ao contexto institucional. Essa característica propicia apreender a complexidade do trabalho, em especial as relações entre os sujeitos trabalhadores e a organização do trabalho, bem como entre estes e os sujeitos do cuidado e seus familiares.

### **4.3 Sujeitos do Estudo**

Como a realização do trabalho da enfermagem está dividido entre as diferentes categorias profissionais, tendo cada uma diferentes atribuições no processo de trabalho, procurou-se que todas as categorias se fizessem representar, respeitando a aceitação dos trabalhadores. Esta consideração pareceu pertinente, porque os trabalhadores também ocupam posições hierárquicas diferenciadas no trabalho, o que

lhes confere exposições a diferentes situações de risco e cargas de trabalho no desenvolver de suas ações. Além deste critério, teve-se o cuidado de incluir trabalhadores da enfermagem dos diferentes turnos de trabalho, objetivando obter informações de diferentes atores nos diferentes cenários de trabalho do conjunto dos períodos das 24 horas que caracterizam o trabalho contínuo realizado em UTIs.

Desse modo, os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva dos dois hospitais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho - manhã, tarde, noite 1 e noite 2). Os 51 trabalhadores que participaram da etapa de observação estavam distribuídos da seguinte forma:

- hospital universitário: 05 enfermeiras, 07 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho;
- hospital filantrópico: 05 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho.

Durante a fase de observação da objetividade do trabalho, posta na forma como está organizado, foram se delineando os trabalhadores para serem entrevistados através de um gesto diferenciado; uma ação; uma fala; uma explicação; um cuidado especial, seja direcionado ao sujeito do cuidado ou ao ambiente; um carinho para com os colegas; o humor; a paciência ou a impaciência; o envolvimento pessoal e a postura profissional; formas de relacionamento; estratégias utilizadas (ou não) na resolução de problemas; constrangimentos; vivência em conflitos.

A escolha intencional resultou em 22 trabalhadores a serem entrevistados, sendo 10 do hospital universitário e 12 do hospital filantrópico.

#### **4.4 Coleta de Dados**

Esta etapa da pesquisa configurou-se em uma aproximação com os sujeitos do estudo, fundamental para a apreensão da realidade estudada. A inter-relação com os espaços onde são construídas as intersubjetividades através das relações interpessoais possibilitou a reflexão coletiva e a produção de conhecimentos. Os métodos utilizados

para a coleta de dados foram a observação e a entrevista semi-estruturada.

#### 4.4.1 Observação

Para uma maior aproximação com as múltiplas dimensões do sujeito - trabalhador da saúde – bem como da diversidade de sujeitos que compõe uma equipe de enfermagem, além de buscar apreender as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, foi realizada a observação direta da objetividade do trabalho. A observação contribuiu para o entendimento da objetividade do trabalho posta na forma como o mesmo está organizado, nas ações e reações expressas das mais diversas formas pelos sujeitos no exercício do fazer permitindo, assim, uma melhor compreensão das potencialidades do trabalhador em ação, no sentido de contribuir mais para produzir saúde ou desgaste.

Para Lüdke e André (1986, p.26), a observação direta permite que “o observador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, um importante alvo nas abordagens qualitativas”.

As observações tiveram como guia, um roteiro de observação (Apêndice 1), que auxiliou na sistematização das mesmas, contribuindo para manter o foco da investigação e evitando a amplitude em demasia do olhar. Para o registro das observações realizadas, foi utilizado o diário de campo (Apêndice 2), no qual as observações sobre conversas informais, gestos, expressões atinentes ao tema da pesquisa foram anotadas (MINAYO, 1993), juntamente com as primeiras impressões pessoais, algumas narrativas e reflexões.

Foram realizadas 140 horas de observação, sendo 77 no hospital filantrópico e 63 no hospital universitário. Estas horas foram distribuídas, equitativamente, entre os quatro turnos de trabalho.

O hospital filantrópico foi o primeiro onde as observações foram realizadas. A escolha baseou-se na minha preocupação com o desconhecimento daquela realidade de trabalho e, portanto, com a possível necessidade de uma maior permanência no local até apreender como se processava o trabalho da enfermagem.

Em um primeiro momento, foi feito contato com o médico e com a enfermeira

responsável pela unidade, em busca da apresentação da proposta deste estudo e sua viabilidade junto a este grupo de trabalho. A receptividade foi imediata. O assunto despertou o interesse por se tratar de uma temática refletida, porém ainda com pouca aplicabilidade nos locais de trabalho.

Após aprovação pelo Comitê de Ética da instituição (Anexo 1) e da UFSC (Projeto n. 352/2005), deu-se início à aproximação com os trabalhadores, por meio de uma conversa em seus respectivos turnos de trabalho, quando foi explicitado o estudo pretendido. Diante de sua concordância em participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

No hospital universitário, a proposta foi apresentada à Direção e à Chefia de Enfermagem e foi encaminhado um documento solicitando a permissão para a implementação desta pesquisa (Apêndice 4). A aproximação com os trabalhadores deu-se da mesma forma, com a apresentação do estudo para os trabalhadores em seus diferentes turnos e posterior entrega do TCLE. A chegada no campo foi acolhedora e o interesse imediato.

As observações foram iniciadas no turno da manhã, onde existe um acúmulo maior de atividades, depois no vespertino e, por último, no noturno. Um período de, aproximadamente, duas horas diárias foi mantido, alternando-se os horários até completar-se um turno de trabalho. No noturno, as observações se detiveram no horário compreendido entre 19 e 24 horas, quando existe um fluxo maior de atividades.

Durante o período de observação, eram feitas anotações julgadas importantes, no diário de campo, que pudessem estar norteando as reflexões feitas após. Sempre que possível, o relato das observações foi realizado logo após as mesmas, pois como descrevem Trentini e Paim (1999, p. 92), o registro das observações deverá, “de preferência, ser feita no mesmo dia, para que não se apaguem da memória humana informações importantes”.

No hospital filantrópico os trabalhadores pareciam bem à vontade diante da minha presença. Ao passar por mim, faziam rápidos comentários. Estavam, a todo o momento, tentando me inserir nas conversas. Apenas uma trabalhadora da tarde parecia perturbada com minha permanência ali, olhando-me, seguidamente,

principalmente quando realizava certos procedimentos. Brincavam que eu parecia “uma extensão do armário”, uma vez que eu permanecia próxima a um armário existente na unidade, com vistas a ter uma visão ampliada da mesma.

No hospital universitário tive um pouco de dificuldade para conseguir iniciar as observações, pois constantemente estabelecíamos diálogos embasados em nossa convivência anterior no hospital. As conversas e as trocas eram mais constantes e, aos poucos, aproveitei cada um destes momentos para elucidar questões pertinentes à produção da saúde do trabalhador de enfermagem no contexto daquela UTI.

Quanto mais tempo permanecia nas UTIs, mais participação os trabalhadores “exigiam” nas conversas e nas tomadas de decisões internas. Sempre estive atenta a todos os problemas relatados, e procurei encorajá-los em “suas” tomadas de decisões. Quando buscavam trocas de conhecimentos e experiências, pelo tempo que tenho de trabalho em hospital, estive disponível.

As observações eram entremeadas por conversas com os médicos que constantemente buscavam um momento de descontração.

Ao final do período de observação, foi proporcionada uma confraternização com os trabalhadores, onde ofereci uma rosa e um cartão para cada um dos presentes, em sinal de gratidão e reconhecimento pela participação.

#### 4.4.2 Entrevista semi-estruturada

A opção pela entrevista semi-estruturada, definida por Minayo (1993, p.108) como sendo aquela “que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador”, foi pautada na possibilidade de permitir que o sujeito expressasse seus modos de ser no trabalho e de ver o trabalho.

A entrevista permitiu compreender como os trabalhadores visualizam as relações que estabelecem no processo de trabalho, com os colegas de profissão em cada turno de trabalho que compõe equipes profissionais por turno, com os demais trabalhadores da saúde e com os trabalhadores dos setores de apoio. Permitiu compreender um pouco mais as expressões dos sujeitos e depois dialogar com as

diferenças e semelhanças no processo de análise dos dados, focando especialmente as possibilidades de produção de sua saúde.

O roteiro de entrevista (Apêndice 5), elaborado previamente com tópicos embasados no referencial teórico e nos objetivos deste estudo, serviu como um guia durante as entrevistas. Minayo (1993, p.99) salienta que o roteiro de entrevista visa “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa [...]. Instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, combinando o melhor horário com os participantes, de forma a não intervir negativamente no trabalho. Foram gravadas com a sua permissão e transcritas logo após, preservando a fidedignidade e as expressões das falas dos trabalhadores. Alguns demonstraram receio diante do gravador. Ao ser explicado o porquê do uso, mas deixando a liberdade de “descartá-lo”, decidiram tentar, esclarecendo que, se não se sentissem bem para falar, pediriam para desligar. Nenhum deles lembrou do gravador, após o início da entrevista. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de uma a uma hora e meia e transcorreram em um clima de descontração.

Houve certa dificuldade em manter as entrevistas restritas aos trabalhadores escolhidos durante a fase de observação, pois todos demonstravam um imenso interesse em participar desta etapa da coleta de dados. Por diversas vezes houve questionamento sobre o porquê de não ser entrevistado determinado trabalhador. Foi necessário esclarecer a igual importância das duas etapas de coleta de dados, destacando o quanto as observações realizadas trariam dados fundamentais para a pesquisa, tanto quanto as entrevistas. O total dos participantes desta etapa do estudo, ou seja, 22 trabalhadores, foi ditado pela saturação dos dados, pela repetição dos mesmos, quando as informações não apresentaram novidade ou novo conteúdo, sendo recorrentes (LEOPARDI, 2002b).

Além da observação e da entrevista, foi feita uma atenta leitura do regimento do serviço de enfermagem de cada hospital estudado, buscando identificar o modelo de gestão adotado. Dificuldades foram encontradas neste procedimento, visto estar o regimento de Serviço de Enfermagem do hospital filantrópico em fase de elaboração,

não contendo, ainda, as informações necessárias ao estudo. No hospital universitário, a direção está passando por um processo de reorganização em função da troca de seus membros, estando o regimento em estudo aprofundado para posteriores modificações, inclusive no organograma vigente. Por esses motivos, muitas das informações necessárias foram obtidas através de entrevista com os chefes dos Serviços de Enfermagem dos dois hospitais, o que não estava previsto, quando da elaboração do projeto de pesquisa.

#### 4.5 Análise de dados

O processo de análise acompanhou o de coleta de dados, concentrando-se ao final da mesma, quando foi possível articular os dados obtidos pelos instrumentos mencionados. Esta opção contribuiu para que não fossem perdidos dados significativos e para que fosse possível apreender o objeto da forma mais completa possível.

A proposta metodológica escolhida para a análise dos dados foi embasada na análise de conteúdo de Bardin, por meio da técnica de análise temática, elucidada por Minayo (1993, p. 209), como sendo uma abordagem que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Seguindo as etapas de operacionalização da análise temática foi realizada, durante a *fase de pré-análise*, uma escuta e, após, leitura flutuante exaustiva do conteúdo transcrito das fitas e dos registros das observações. Impregnada pelos diferentes significados atribuídos pelos trabalhadores às questões propostas para reflexão, foi elaborada a constituição do *corpus*, ou seja, o material foi organizado de forma a dar conta dos aspectos levantados nos roteiros da observação e da entrevista, dar conta dos objetivos do estudo, ter representatividade diante do universo coletado e do contexto estudado e manter homogeneidade (MINAYO, 1993).

A partir disto, novas leituras foram realizadas e os dados foram agrupados em categorias e subcategorias, chegando-se à formulação de hipóteses e objetivos para as questões colocadas teoricamente, de forma ainda flexível devido à possibilidade de

novos horizontes serem descortinados. (Segue em anexo, a fim de exemplificar o trabalho, um dos agrupamentos elaborados - Apêndice 6).

Na fase seguinte, ou seja, a *fase de exploração do material*, houve uma imersão e exploração profunda nos e dos dados, de onde emergiram, com representatividade, os seguintes temas: cuidado com a saúde do trabalhador; condições de trabalho; modelos de gestão e organização do trabalho; relações interpessoais; e processo educativo. Por fim, estas temáticas foram novamente submetidas a uma apreciação reflexiva e os dados foram reagrupados na seguinte forma:

**- AS INSTITUIÇÕES, AS UNIDADES E OS SUJEITOS ESTUDADOS**

**- As Instituições**

**- As Unidades**

**- Os Sujeitos**

**- O CENÁRIO IMEDIATO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO DESGASTE DOS TRABALHADORES**

**- Os Modelos de Gestão e a Organização do Trabalho na Enfermagem**

**- As Condições de Trabalho**

**- O Processo de Educação Permanente**

**- OS MÚLTIPLOS SUJEITOS E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO SUJEITO**

**- O Sujeito Trabalhador em Relação**

**- O Sujeito Trabalhador em Ação**

**- O Sujeito Trabalhador em Reação**

Na última *fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, os dados, assim compilados, foram interpretados à luz do referencial teórico e da experiência profissional da pesquisadora. Como salientado, outras leituras foram acrescentadas para dar conta de questões que emergiram fortemente dos dados.

Cabe ressaltar que o estudo em questão não pretende esgotar a realidade sobre o

tema. Consiste em um recorte, em um olhar sobre determinada realidade, em uma aproximação e apreensão da mesma, em determinado momento histórico e social. Esta aproximação, sem dúvida, suscitará novas formas de olhar, novas descobertas, novas possibilidades, que servirão de constante estímulo à produção de novos conhecimentos. Sobre este processo de conhecimento, onde não há consenso nem ponto de chegada, Minayo (1993, p.228) traz uma reflexão de Lukács, que diz que

nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Como esta é uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram obedecidos os preceitos contidos na Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde (1996).

A proposta da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do hospital filantrópico e aprovada; e no hospital universitário, a direção autorizou o desenvolvimento do estudo. Além destes procedimentos o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual, após análise, foi aprovado.

Com relação aos trabalhadores, foi explicado, a cada um, os objetivos do estudo para, então, solicitar sua adesão voluntária. Aos que aceitaram participar do estudo, foi assegurada a liberdade de sair dele a qualquer momento, além de ser-lhe garantido o anonimato. No intuito de viabilizar a adesão, foi entregue aos participantes, por escrito, o consentimento livre e esclarecido, onde constam, de forma explícita, as questões éticas referentes ao estudo.

Os trabalhadores foram identificados com a letra inicial da categoria profissional a que pertencem (E- enfermeiro; T- técnico de enfermagem e A- auxiliar

de enfermagem), seguido de um número correspondente à ordem em que ocorreram as entrevistas. Para a identificação do hospital, ainda que não houvesse diferenças significativas que justificassem a constante identificação, foram utilizadas as iniciais HU para o hospital universitário e HF para o hospital filantrópico.

Apesar de a enfermagem ser uma profissão eminentemente feminina, optou-se por utilizar a expressão “enfermeiro” e “trabalhador da enfermagem” para representar o grupo, pelo fato de existirem trabalhadores do sexo masculino participando do estudo. Quando a referência se faz a uma trabalhadora de sexo feminino, utilizou-se a expressão no gênero correspondente. No decorrer do texto, em determinados momentos, aparece a expressão enfermeiro(a) ou trabalhador(a), quando um ou outro se faz presente na situação em questão.

Nesta pesquisa, foram firmados, entre outros, os seguintes compromissos: a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos envolvidos e das instituições; a ponderação de/sobre riscos e benefícios; a previsão de procedimentos que assegurem a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem; o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e dos benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas.

## **CAPÍTULO 5**

### **AS INSTITUIÇÕES, AS UNIDADES E OS SUJEITOS ESTUDADOS**

#### **5.1 As Instituições**

O hospital filantrópico, à época da pesquisa, tinha iniciado sua estruturação como hospital de ensino, mantendo suas finalidades preventiva, curativa, educativa e de pesquisa.

Durante a história brasileira, as entidades de misericórdia, que englobam Confrarias, Irmandades, Santas Casas, Fundações de Misericórdia, Entidades Beneficentes e Filantrópicas, assumiram a atenção à saúde da população brasileira, pois quando não havia o Sistema Único de Saúde, só os trabalhadores formais tinham direito ao atendimento médico pela Previdência Social; cabia às Santas Casas atender o restante da população (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2005). Hoje, as Santas Casas são classificadas como hospitais filantrópicos, e seus assuntos e dados são tratados em conjunto com as demais instituições dessa categoria (CARVALHO, 2005).

Atualmente, cerca de 1/3 dos hospitais filantrópicos são de ensino, como é o caso do hospital estudado, e exercem papel importante na formação de Recursos Humanos para a saúde. Essa nova postura dos hospitais filantrópicos está sendo possível através do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004). Igualmente, os hospitais filantrópicos vêm aderindo ao Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde, regido pela Portaria GM nº 878, de 8 de maio de 2002, para receberem um incentivo adicional a ser pago a esses hospitais, desde que habilitados por uma série de requisitos, que se resumem a percentuais de repasses financeiros (CARVALHO, 2005).

O deste estudo é um hospital de grande porte. Presta serviços nas áreas de internação, com um total de 280 leitos, distribuídos nas diferentes especialidades e áreas: Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, observação no Pronto Socorro (PS), UTI geral. Possui ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Raio X, Ultrassom, Tomografia, Lavanderia, Costura, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material e Esterilização (CME).

O organograma do complexo hospitalar compreende um Presidente, vinculado ao qual há um Administrador, a quem todos os demais serviços, representados pelas suas Chefias estão subordinados. Tem seu modelo de gestão baseado no Programa de Qualidade Total (PQT)<sup>13</sup>, o qual se estende para a assistência de enfermagem prestada aos sujeitos do cuidado.

A Chefia da Enfermagem, atualmente, é exercida por uma enfermeira, que tem a responsabilidade pelo gerenciamento de toda a equipe de enfermagem do complexo hospitalar. Cada unidade ou setor tem um(a) enfermeiro(a) administrativo(a), com a função de gerenciar os trabalhadores da enfermagem, a unidade como um todo e, também, de ser um elo entre as diferentes equipes de saúde e a Chefia da Enfermagem. A equipe de enfermagem do complexo hospitalar está constituída por um grupo de aproximadamente 70 enfermeiros e 500 trabalhadores de nível médio, onde estão incluídos os técnicos e auxiliares de enfermagem, que não apresentam diferenciação salarial. Trabalham em regime de 40 horas/semanais, sendo o turno diurno de 6 horas e o noturno de 12 horas trabalhadas/36 horas de descanso.

Em relação à saúde do trabalhador, existe um médico do trabalho em dias e horários estipulados para o atendimento dos trabalhadores. Quando necessário, ocorre encaminhamento para especialistas. Em casos de acidentes de trabalho que necessitem

---

<sup>13</sup> Para Santos (2002, p.211), o tema qualidade vem sendo extensamente debatido no interior da enfermagem. Para o autor, “o conceito de qualidade é muito subjetivo e depende particularmente da mentalidade das pessoas e da sua percepção de qualidade. Pode-se afirmar que a cultura da organização é capaz de influenciar tanto na teoria quanto na prática da qualidade do serviço ou da produção. Neste sentido, o usuário ou cliente é o elemento que mantém a relação de interdependência com a organização e representa a resposta afirmativa ou negativa da qualidade do produto ou do serviço que recebe. Ou seja, deve haver uma recíproca satisfação (organização-consumidor)”.

de avaliação médica especializada, como é o caso dos acidentes que envolvem exposição a material biológico, é preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o trabalhador é encaminhado para o Hospital Universitário do município, que é o centro de referência para tal. Em relação às doenças relacionadas ao trabalho, ocorre o afastamento do trabalhador pelo tempo indicado pelo médico do trabalho.

Ainda são poucas as ações educativas voltadas à prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Quanto ao vínculo empregatício, as contratações seguem o previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Nos casos em que o trabalhador não está correspondendo ao que é dele esperado, ocorre substituição, ou troca de setor, ou demissão.

O hospital universitário é um hospital público, ou seja, é um hospital que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o SUS (BRASIL, 1985). Tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão. É vinculado à Universidade local, constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

Essa instituição caracteriza-se como sendo um hospital do tipo monobloco, no que se refere a forma de edificação. É de grande porte, com 190 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, UTI Neonatal, observação no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), UTI Geral. Possui ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Raio X, Ultrassom, Tomografia, Lavanderia, Costura, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Farmácia de Manipulação e Dispensação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material e Esterilização (CME), Hospital-dia para AIDS, Centro Integrado de Diabetes (CID), Ambulatório de Doenças Crônicas, Centro de Oftalmologia.

O hospital conta com uma unidade de internação destinada ao atendimento de sujeitos do cuidado conveniados e particulares. É considerado de qualidade e referência para o atendimento de diversas áreas, como intensivismo neonatal, gestação de alto-risco, endoscopia digestiva e de vias aéreas, doenças de mama, planejamento

familiar e tratamento de AIDS.

O modelo de gestão está em fase de mudanças, visto que uma nova diretoria iniciou suas atividades com a proposta de aperfeiçoar o modelo de gestão participativo até então experienciado pelas gestões anteriores, onde os trabalhadores tiveram espaços abertos para participar em certas decisões que os envolviam diretamente.

No momento da elaboração deste estudo, o organograma do hospital estava representado por um Diretor Geral, assessorado por três Diretores Assistentes. Esses cargos estavam preenchidos da seguinte forma: uma das três diretorias era ocupada por um representante da área médica; outra, por um representante da área de enfermagem; e a última, por um representante da área administrativa. A representação profissional nestes cargos é flexível.

O Serviço de Enfermagem, vinculado a um dos Diretores Assistentes, está constituído por aproximadamente 300 trabalhadores (com uma média de 38 enfermeiros, 200 auxiliares de enfermagem e 30 técnicos de enfermagem, enquanto os demais correspondem às contratações temporárias e aos afastamentos por tempo de serviço ou exoneração) distribuídos nos diferentes turnos de trabalho (M, T, N1, N2), com carga horária de 40 horas/semanais. Em cada unidade de internação ou setor, tem um(a) “enfermeiro(a) representante”, que é escolhido(a) por seus pares. Os(as) representantes de cada unidade participam, junto com a Chefia do Serviço de Enfermagem, na tomada de decisões que envolvam o grupo de trabalhadores da enfermagem.

O médico do trabalho da Universidade é o mesmo que presta assistência aos trabalhadores do hospital universitário. Tem horário e local estipulado para atendimento. Além desse serviço, a Universidade oferece serviços de Odontologia e de Psicologia.

Diante de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, a CAT é preenchida pela chefia imediata e o trabalhador encaminhado para o Serviço de HIV/AIDS. As doenças relacionadas ao trabalho têm a mesma atenção que no hospital filantrópico.

São desenvolvidas ações educativas pelo Serviço de Educação Continuada e pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), no sentido de repassar

informações pertinentes à prevenção desses acidentes e doenças.

Quanto ao vínculo empregatício, os trabalhadores são admitidos mediante a liberação de vagas e abertura de concurso público, e são regidos pelo previsto no Regime Jurídico Único da União (RJU). Existe um pequeno número de trabalhadores contratados por uma fundação de apoio ao hospital, que segue o que está previsto na CLT.

No quadro a seguir (Quadro 1) apresenta-se uma síntese da caracterização dos hospitais estudados, em relação a certos critérios.

**Quadro 1:** Caracterização das instituições estudadas

HOSPITAL DADOS	HU	HF
OBJETIVOS SÓCIO-FINANCEIROS	PÚBLICO E UNIVERSITÁRIO	FILANTRÓPICO E DE ENSINO
NÚMERO DE LEITOS	198	280
MODELO DE GESTÃO	PARTICIPATIVO	PQT
NÚMERO DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM	APROXIMADAMENTE 300	APROXIMADAMENTE 570
TIPO DE CONTRATO TRABALHISTA	RJU/CLT	CLT
CARGA HORÁRIA SEMANAL	40 HS/SEM	40 HS/SEM
TEMPO DE EXISTÊNCIA DA UTI	6 ANOS	20 ANOS
FORMA DE EDIFICAÇÃO	MONOBLOCO	PAVILIONAR

## 5.2 As unidades

Unidade de Terapia Intensiva é sinônimo de terminalidade, de sofrimento, de separação do familiar que ali é colocado. É uma unidade assistencial, onde o sujeito do cuidado fica praticamente irreconhecível em meio a tubos, sondas, aparelhos, equipos e frascos. Por vezes, seu cabelo é cortado, sua barba retirada, sua identidade é mascarada. Sua voz, geralmente é apagada e, quando consegue se manifestar, é

entrecortada pela dor, pelos contínuos “bipes”, pela campainha, pelo telefone, pelas vozes constantes. Há ocasiões em que encontra outras formas para se comunicar com a equipe: gestos, olhares, batidas nas grades da cama, escrita...

Mantendo uma relação constante com essa junção de seres humanos e máquinas, nesse emaranhado de tantas extensões diferentes de modos de manter a vida, a equipe de enfermagem desenvolve suas ações, igualmente precisando das máquinas e interagindo com as mesmas para preservar a vida do sujeito do cuidado.

Diante de tantos equipamentos de tecnologia de ponta e das necessidades dos sujeitos do cuidado, é preciso lançar, da mesma forma, um olhar para os sujeitos trabalhadores. É preciso que tenham vez no processo de cuidar e de ser cuidado.

A interação entre sujeitos do cuidado, trabalhadores e equipamentos dá-se em um ambiente marcado pela dor, pela morte, pelo sofrimento, pela atenção constante, pelo estado de alerta. Ao mesmo tempo, esse ambiente manifesta-se alegre e prazeroso para o trabalhador, intenso no trabalho e no cuidado.

As UTIs são ambientes fechados, que dificultam a entrada de pessoas que não pertencem ao serviço. A porta de entrada é o limite entre seu interior e o exterior, e a comunicação diária do estado dos sujeitos internados dá-se mediante o boletim médico fixado ao lado da porta e pelas informações repassadas pelo médico de plantão em horários prefixados. Os familiares permanecem sentados em uma área próxima à entrada, com condições mínimas para sua estada no local.

A UTI do hospital filantrópico tem vinte anos de existência; é composta por sete leitos, dispostos em boxes individuais. Um dos leitos situa-se em uma área mais restrita, destinada a isolamento, quando necessário. Alguns boxes dispõem de televisão. Existem janelas de comunicação com a área interna do hospital e com a área externa. Por diversas vezes, os trabalhadores “olham” pela janela que mostra a rua, tentando identificar como está o tempo ou “para arejar” (Nota de campo).

No hospital universitário, a UTI foi fundada há seis anos: possui seis leitos, um igualmente disposto em área separada, destinado a isolamento. Os demais leitos estão distribuídos no “salão” sem nenhum tipo de divisória entre eles. Pequenas janelas fazem a comunicação com um poço de luz. Um dos trabalhadores refere:

*Nas outras UTIs em que trabalhei tinha janelas, sol, tu vias as pessoas. Isto te*

*alivia um pouco o estresse (...) deveriam pegar um projeto e levar a UTI lá para cima, perto da diálise onde tu podes ver a rua (A3-HU).*

A dinâmica de trabalho nas duas UTIs estudadas inicia (e termina) com a passagem de plantão no início (e no fim) de cada turno de trabalho, ou seja, às 7h, 13h e 19h. Como a escala de divisão dos leitos já é conhecida de antemão, os trabalhadores (técnicos e auxiliares de enfermagem) dirigem-se ao colega responsável pelos mesmos leitos, para receber as informações pertinentes. Quando da demora de um membro da equipe, os demais recebem as informações de modo a liberar o colega que está terminando seu turno. O enfermeiro passa as informações para o enfermeiro do turno seguinte. Tão logo termine esse ritual de troca de informações, os trabalhadores de enfermagem iniciam suas atividades, mantendo certa autonomia quanto à determinação das prioridades de cada sujeito do cuidado sob sua responsabilidade.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem lêem as prescrições médicas, preparam as medicações dos sujeitos sob seus cuidados e iniciam seu turno de trabalho: higiene, alimentação por sonda, verificação de sinais vitais, administração de medicação, enfim, desenvolvem suas ações de trabalho. Durante a realização do cuidado, existe a preocupação de manter a privacidade do outro. No hospital universitário, pela inexistência de divisórias, os trabalhadores utilizam-se de biombos.

Além das ações de cuidado direto ao sujeito internado, os trabalhadores de enfermagem realizam atividades que envolvem a organização da unidade e do cuidado como um todo: limpeza do material, transporte de material para laboratório, entre outras.

Os enfermeiros realizam as ações de planejamento, supervisão, controle e assistência, mostrando-se sempre disponíveis, quando solicitados pelos demais membros da equipe.

Além dos trabalhadores da equipe de enfermagem, diversos outros profissionais da área da saúde circulam pelas UTIs, desenvolvendo suas ações de trabalho: médicos, nutricionistas, fisioterapeutas... Alunos do curso de medicina e de enfermagem também mantêm o movimento constante de pessoas dentro da UTI. Por vezes, os

trabalhadores mesclam-se, conversam sobre, manuseiam coletivamente o sujeito do cuidado, num emaranhado de vozes, toques, procedimentos... num constante ir e vir que os leva e os traz para esse pequeno mundo onde a luta pela vida impera.

Os diversos profissionais, como nutricionistas, médicos, farmacêuticos, entre outros, formam a equipe de saúde, onde cada grupo de profissionais detém um conhecimento que lhes atribui uma identidade profissional.

A assistência à saúde nas UTIs estudadas segue a lógica da organização capitalista do trabalho, como ocorre nas demais unidades e em praticamente todas as instituições hospitalares brasileiras. A assistência resulta do “trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais da saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas” (PIRES, 1998, p. 87).

Na equipe de saúde existem os profissionais que prestam assistência direta aos sujeitos do cuidado, durante as 24 horas de sua permanência nas áreas de internação, e os profissionais, que não garantem cobertura direta nas 24 horas e nem atuam de forma tão integrada com o sujeito do cuidado, mas cujo trabalho é indispensável para que a assistência se processe. Esses últimos compõem as equipes de apoio, quais sejam: serviço de higienização (limpeza) hospitalar, serviço de Raio X e laboratório, entre outros.

Cada grupo profissional compõe as equipes de trabalho, com ou sem especialidades. Os médicos, por exemplo, formam equipes médicas, onde diversas especialidades compõem esse grupo. A enfermagem caracteriza-se por desenvolver um trabalho em equipe, a equipe de enfermagem, onde diversos profissionais, com diferentes domínios de conhecimento, formam o coletivo do trabalho da enfermagem.

Assim sendo, a equipe de saúde é composta por diferentes equipes de trabalho, em que cada equipe se compõe, internamente, por diferentes profissionais, cada qual com os conhecimentos pertinentes que lhe atribuem sua identidade. As equipes que prestam assistência nas 24 horas ainda têm a característica de trabalharem em turnos, nos quais cada pequeno grupo atua em diferentes horários. Nesse misto de diferentes equipes e de diferentes horários, processa-se o trabalho nas UTIs.

O desenrolar de um dia de trabalho é marcado por esse intenso movimento que, poder-se-ia dizer, dialético: momentos de intensa correria, agitação, entremeados por

brincadeiras para aliviar as tensões, por uma música suave que alguém lembrou de colocar; momentos de calma, permitindo que os trabalhadores sentem, conversem de maneira informal, brincalhona; assim como está calmo, pode mudar para uma intensa movimentação; pode ser que duas urgências ocorram ao mesmo tempo, dividindo equipe, material, levando ao cansaço e a quase exaustão.

No momento da urgência, geralmente uma voz se sobressai, a voz de comando, em torno da qual todos os esforços convergem. É um momento em que a extrema agilidade de cada um se mostra. A seriedade, apesar de entrecortada por momentos de atropelos, nos quais os sorrisos se mostram, predomina em todos os rostos e ações. Diante da morte, só resta tristeza, frustração. Diante da recuperação, transparece alegria, até mesmo certa euforia em alguns casos.

O momento do lanche parece ser o mais esperado. Desde a combinação do que trouxeram ou do que irão comprar, até a hora esperada, onde sentam para comer, conversar, rir. É uma situação de descontração, que parece dar energia e fôlego para continuar a jornada de trabalho. Beck (2001) refere que os trabalhadores utilizam-se de “respiradouros”, ou seja, espaços/ações que ajudam a superar os desgastes e sofrimentos cotidianos. Percebo o momento do lanche como um “respiradouro” coletivo.

Pereira (2000, p. 107) refere-se ao ambiente do café da seguinte forma,

ali conversamos coisas simples, prazerosas. As pessoas estão leves, parecemos ter esquecido nossos problemas em outro lugar. Ficamos afáveis, receptivos a jocosidades, aos jogos de sedução e do azar. É a hora de estar relaxado, de sonhar com a viagem de férias, com aquele parente ou amigo querido, mostrar as fotos do aniversário de alguém da família, lembrar a imagem que marcou o filme ou a novela da televisão. [...] estamos ali fugindo de uma tarefa cansativa, naqueles poucos minutos de alegria descomedida que funcionam como compensação ao cotidiano sufocante.

Qualquer interrupção que aconteça nesse momento de confraternização, mesmo que não desejada, é atendida prontamente, sem contestação.

No hospital filantrópico, os sujeitos do cuidado apresentam as mais variadas indicações para internação, desde politraumatismos até complicações ou agravamento de patologias. Seu estado é sempre de gravidade, o que justifica a internação em UTI.

Quase todos estão em coma ou coma induzido, exigindo atenção e cuidados constantes da equipe de enfermagem. Os sujeitos que estão lúcidos, o que não é comum, têm prioridade para permanecer nos boxes que têm televisão, objetivando sua distração em meio a um ambiente extremamente estressante.

Não se percebe que a divisão dos leitos entre os trabalhadores seja empecilho para sua atuação. Em nenhum momento foi ouvida a expressão: “Não é meu paciente”. São colaborativos uns com os outros. Se um trabalhador necessita repor material de consumo no box dos sujeitos sob sua responsabilidade, o faz também no dos demais.

Ao disparar de um alarme, todos dão aquela “paradinha”, tentando identificar de onde vem e de que aparelho é o alarme que disparou. Ao que um se mobiliza, os demais retomam suas atividades. É em uma fração de segundos que decorre a harmonia entre o ouvir, o parar para identificar e o atender. O olhar de um para o outro, a decisão rápida entre o trabalhador que fica e o que vai atender ao “chamado”, são entremeados pela confiança.

No hospital universitário, segundo os trabalhadores, os motivos de internação são, por vezes, questionáveis: curativos extensos, recuperação pós-operatória, estado de terminalidade. Apesar disso, a maioria dos internados exige cuidados intensivos. Existe uma maior preservação na divisão dos leitos, ou seja, os trabalhadores repassam as necessidades do sujeito do cuidado ou alguma solicitação de outros profissionais ao colega responsável pelo leito.

Nas duas UTIs, os trabalhadores demonstram gostar do trabalho que realizam. São carinhosos, delicados com os sujeitos do cuidado e não se ouvem comentários pejorativos.

No horário destinado à visita, um dos trabalhadores é responsável por permanecer na porta, chamando os familiares e dando as orientações sobre lavagem das mãos e colocação do avental. Parece haver certa aglomeração dos trabalhadores nesse horário. Alegam que é um momento em que o familiar e o sujeito do cuidado necessitam de privacidade. Ficam conversando, lendo, tomando chimarrão. Procuram responder a todos os questionamentos feitos pelos familiares, pertinentes a suas ações cotidianas.

Nesse ambiente de aparência tão fria, de tantos ruídos assustadores para quem

os desconhece, de tantos “fios pendurados”, como disse um familiar, de sujeitos que apresentam uma aparência por vezes tão diferente da usual, é possível dizer que existe um trabalho humanizado. As tantas “máquinas” não impedem que o trabalhador da enfermagem perceba o valor da presença “humana” para o sujeito do cuidado e do quanto esta presença é capaz de dar conforto, de “diminuir um batimento cardíaco através do toque, da palavra” (Nota de campo), após um procedimento doloroso, de acalmar um olhar afoito que se fixa no olhar de um trabalhador.

Os trabalhadores estão empenhados em seu fazer, apesar de haver momentos em que esse fazer parece ser pouco reflexivo, alienado, voltado às exigências da organização do trabalho. Existe uma luta incessante em manter a vida com qualidade. Existe, ao mesmo tempo, a disponibilidade, a vontade e o desejo de aprender, para poder melhorar as ações, mesmo que por vezes o cansaço vença ou se encontre nele um motivo de fuga.

Nesse cenário de um intenso movimento em direção ao cuidado do outro, num ambiente em que convergem todas as atenções para o cuidado com o outro, os trabalhadores esquecem-se do cuidado de si. Ainda banalizam seu próprio sofrimento. Ainda desconsideram uma série de situações de risco no seu cotidiano de trabalho. Ainda precisam de cuidados, de atenção, de ter uma participação mais ativa nas decisões que envolvem o seu fazer. Ainda carecem de tempo, no trabalho, para refletir sobre seu trabalho e para poder planejá-lo com criatividade, com conhecimento, expressando sua subjetividade em cada ação executada, em cada relação estabelecida e em cada reação possível para transformar o coletivo do trabalho.

### **5.3 Os Sujeitos**

Todo processo de pesquisa que envolve, além do pesquisador, outros sujeitos, torna-se um processo relacional mediado pelos olhares da observação ou pelas palavras do diálogo estabelecido nas entrevistas. Ocorre certa cumplicidade. De um lado está o pesquisador, com suas dúvidas, sua experiência, sua história, sua subjetividade, buscando respostas aos questionamentos que o motivam à pesquisa; do

outro lado, o participante do estudo, que igualmente tem sua experiência, sua história, sua subjetividade... e que traz, em sua interioridade, a possibilidade de se abrir para uma mudança que ninguém pode garantir que será real, palpável ou concreta. Mas a possibilidade de haver mudanças já estimula alguns trabalhadores à participação.

A cumplicidade está alicerçada na possibilidade existente no interior de cada um de se exteriorizar e de se inscrever, mesmo que incognitamente, na transformação de seu microespaço de trabalho. Essa cumplicidade extrapola, por vezes, os momentos de olhares e palavras para se concretizar na ação compartilhada, conjunta, no fazer pelo outro e para outro. No caso da saúde, por vezes, pesquisador e sujeitos do estudo mesclam suas mãos, seus esforços, suas experiências, na busca pelo cuidado a outro sujeito, o sujeito do cuidado e na busca pelo cuidado de um sujeito que parece, por alguns momentos, esquecido por ele mesmo e pelas organizações, o sujeito trabalhador.

Existe, no entanto, nessa relação entre pesquisador e participantes, a clareza de que vivenciar juntos determinadas situações e acompanhar rotinas cotidianas é uma experiência única e temporária, pois regulada pelo tempo estimado para o trabalho de campo (MINAYO, 1993).

Os sujeitos trabalhadores, co-autores deste estudo, exteriorizaram sua individualidade, permitindo que por ela e através dela fosse possível “ver” o processo de trabalho da enfermagem e “sentir” o quanto a subjetividade individualizada do trabalhador é fundamental para a produção de sua saúde. Assim sendo, pela sua co-autoria, necessário se faz apresentá-los com suas vozes, olhares, toques, histórias, enfim, como sujeitos sociais em constante relação com outros sujeitos sociais.

As equipes de enfermagem, compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem são as equipes participantes do estudo. Essas equipes de trabalho permanecem 24 horas dentro dos hospitais, desenvolvendo ações direta ou indiretamente ligadas ao sujeito do cuidado, objeto de seu processo de trabalho, buscando atender às necessidades relativas ao processo saúde-doença.

No quadro a seguir (Quadro 2), apresenta-se a caracterização dos sujeitos entrevistados nos dois hospitais.

**Quadro 2:** Caracterização dos sujeitos do estudo

CATEGORIA	IDADE	SEXO	TEMPO TRABALHO HOSPITAL	TEMPO TRABALHO UTI	TURNO TRABALHO	NÚMERO EMPREGO REMUNERADO	OUTRO EMPREGO/ ESTUDO
ENF 1	31	F	5a	5a	M-T	2	MESTRADO
ENF 2	27	F	3a	4m	T	2	----
ENF 3	26	F	9m	7m	N	1	----
ENF 4	Não informou	M	10m	6m	N	1	MESTRADO
ENF 5	33	F	2a 6m	2a 6m	M	2	----
ENF 6	32	F	4a	1a 2m	T	3	----
ENF 7	26	F	8m	8m	N	2	----
ENF 8	46	F	2a 6m	2a 6m	N	2	----
TEC. ENF. 1	42	F	19a	19a	M	2	----
TEC. ENF. 2	23	F	5a	3a	T	1	----
TEC. ENF. 3	37	F	5a	8m	M	2	----
TEC. ENF. 4	24	M	2a (estagiário) 8m (func.)	2a (estagiário) 8m (func.)	N	1	CURSO PV*
TEC. ENF. 5	22	M	3a	2a	N	1	CURSO PV*
TEC. ENF. 6	26	F	3a	3a	M	1	----
TEC. ENF. 7	32	F	3a	8m	T	1	----
TEC. ENF. 8	Não informou	F	3a	3a	N	1	----
AUX. ENF. 1 (FEZ TEC.)	54	F	5a	5a	T	1	----
AUX. ENF. 2	41	F	2a 6m	2a 6m	N	1	----
AUX. ENF. 3	Não informou	F	4a	4a	T	1	----
AUX. ENF. 4	36	F	5a	4a	N	1	----
AUX. ENF. 5 (FEZ ENF.)	41	M	12a	2a	N	1	ESTUDA
AUX. ENF. 6	37	F	6a	6a	M	1	----

\* Curso Pré-Vestibular

Dos vinte e dois trabalhadores entrevistados, oito são enfermeiros, oito técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem.

Em relação à faixa etária, três trabalhadores não forneceram sua idade. Dos demais dezenove participantes, 14 situam-se na faixa etária entre 20 e 40 anos, e 5 na faixa etária acima de 40 anos.

Quanto à questão do gênero, 4 trabalhadores entrevistados são do sexo masculino, reafirmando que a enfermagem é uma profissão exercida predominantemente por mulheres. Historicamente, a ação de cuidar é tarefa que tem sido delegada às mulheres, o que se confirma na enfermagem.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, há o predomínio (12) de trabalhadores que desenvolvem suas atividades no hospital estudado e na UTI há menos de cinco anos, com um número expressivo de trabalhadores trabalhando na UTI há menos de 1 ano. Dois trabalhadores trabalham há mais de dez anos no hospital, sendo que um deles sempre desenvolveu suas atividades na UTI do hospital filantrópico e o outro está há dois anos na UTI do hospital universitário, sendo que antes, atuava em outra unidade do mesmo hospital.

Procurou-se uma divisão eqüitativa em relação ao turno de trabalho, participando do estudo 5 trabalhadores do turno da manhã, 6 do turno da tarde e 10 do noturno, esses últimos divididos nas duas noites de trabalho. Um dos trabalhadores entrevistados trabalha em regime de horário diferenciado.

Um dado que chama a atenção é o fato de que 6 enfermeiros têm mais de um emprego remunerado, enquanto que entre os técnicos de enfermagem apenas 2 trabalham em dois empregos. Entre os auxiliares, nenhum deles tem mais de uma atividade remunerada.

Uma das questões que influencia fortemente os trabalhadores da enfermagem a desenvolver mais de uma atividade é a questão salarial. O que estaria levando, então, os enfermeiros, com salários mais elevados que os demais profissionais da categoria, a trabalharem em duas ou mais instituições de assistência à saúde?

Em relação ao fato de estarem estudando além de trabalhar, dois dos(as) oito enfermeiros(as) estão fazendo mestrado e dois técnicos de enfermagem estão fazendo cursinho pré-vestibular. Um auxiliar de enfermagem relatou que está estudando, sem especificar o curso.

## **CAPÍTULO 6**

### **O CENÁRIO IMEDIATO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DO DESGASTE DOS TRABALHADORES**

Cada dia de trabalho da enfermagem na UTI é uma nova “aventura”, que se processa num movimento dialético constante, onde os trabalhadores, em meio a ruídos, luzes e alarmes, parecem dançar entre surpresas e rotinas, mudanças e permanências, altas e óbitos, falta de material e chegada de equipamento novo, calma e agitação, sorrisos e lágrimas... O cenário onde esta “aventura”, centrada no fazer dos trabalhadores acontece, é marcado e está na dependência da forma como o trabalho é cotidianamente organizado e de como essa organização perpassa pelo cotidiano já prescrito.

Os sujeitos/trabalhadores, por sua vez, também se organizam, implícita ou explicitamente (ou podem organizar-se), para “enfrentar” a organização prescrita de forma a serem considerados, em seu processo de trabalho, para além de força produtora, para além de seu fazer, para que sejam visualizados como sujeitos com necessidades inerentes ao seu processo de viver (incluída aí a produção da sua saúde).

A organização existente nos ambientes de trabalho, portanto, ao mesmo tempo em que “determina” o modo de fazer do trabalhador, pode e deve ser influenciada pela organização dos próprios trabalhadores, como força coletiva capaz de pensar, refletir e buscar a satisfação de suas necessidades.

Tais organizações, tanto do trabalho como dos trabalhadores, sofrem as influências da organização social, a qual vem sendo palco de intensas mudanças políticas, econômicas, culturais e tecnológicas, que tem gerado múltiplas e diferentes necessidades nos sujeitos, bem como múltiplos e diferentes modos de satisfazê-las. O trabalho da enfermagem, como parte desse contexto, não fica à margem dessas

mudanças, buscando novas formas de gerenciar seus trabalhadores e suas ações para que encontrem ressonância na satisfação daquelas necessidades.

Inseridos nas organizações hospitalares, os trabalhadores da enfermagem vivenciam, cotidianamente, um conjunto de ações e situações que podem interferir na produção de sua saúde, bem como na produção de seu desgaste. A mesma ação/situação, seguindo um movimento dialético, é percebida por determinados trabalhadores como produtora de saúde e, por outros, como causadora de desgaste. Pode, igualmente, ser em determinado momento produtora de saúde e, em outro, de desgaste, para um mesmo trabalhador, dependendo do contexto no qual ela se dá.

A dinamicidade das situações que compõem a organização do trabalho, a subjetividade do trabalhador e a complexidade das relações de trabalho estão na base desse movimento que ora transita na produção da saúde, ora na produção do desgaste. Esse transitar entre saúde e desgaste não caracteriza apenas a dualidade dos fatos experienciados pelos seres humanos, mas mostra o movimento constante que caracteriza a vida, a sociedade e o próprio ser humano em sua existência.

Como o trabalho da saúde e da enfermagem envolve seres humanos cuidando de seres humanos, numa relação direta entre sujeitos, esse movimento característico da vida, acompanha-o em seu cotidiano. Esses seres em constante interação, ao manifestarem seus diferentes modos de ser, ao se colocarem nas relações que estabelecem, estão objetivando sua subjetividade, seja como trabalhador seja como sujeito do cuidado. Ao objetivar sua subjetividade, os sujeitos estão dando movimento às ações/situações que envolvem o trabalho, bem como estão sendo “movid” pelo movimento do trabalho. Esses movimentos constantes compõem a organização do trabalho.

O potencial existente nas ações/situações será apresentado em seu constante transitar entre produzir a saúde e produzir o desgaste, conforme experienciadas pelos trabalhadores.

As ações/situações que mais se destacaram na fala dos trabalhadores, como produtoras de saúde ou de desgaste, foram agrupadas em três núcleos temáticos: **os modelos de gestão e a organização do trabalho na enfermagem; as condições de trabalho**, com destaque à composição da força de trabalho e aos recursos materiais,

incluindo os equipamentos de tecnologia de ponta como instrumentos facilitadores do trabalho da enfermagem, mas também como causadores de desgaste diante do novo, e. Como condições apresentadas de forma mais sutil, estão as condições oferecidas para o descanso da equipe de enfermagem no local de trabalho e a ausência de ventilação na área destinada ao expurgo, onde são usados desinfetantes químicos. E, por último, o **processo de educação permanente**. Estes achados vêm referendar outros estudos, como os de Gelbcke (2002b) e Felli (2002).

### **6.1 Os Modelos de Gestão e a Organização do Trabalho na Enfermagem**

Diversos estudos e experiências tentam conceber e aplicar novas formas de gestão do trabalho em saúde, nas quais o trabalhador possa participar efetivamente dos diferentes momentos do processo de trabalho, não se atendo apenas ao fazer, mas participando das decisões que envolvem seu fazer, com liberdade, autonomia e compromisso (CECILIO, 1994, 1997a, 1997b, 1999; CAMPOS, 1997; SVALDI, 2000; MATOS, 2002; SVALDI, LUNARDI FILHO, GOMES, 2006).

O Ministério da Saúde (MS, 2004), ao propor uma política de humanização para os serviços de saúde, centra sua atenção no atendimento com qualidade e na participação integrada de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS, enfatizando a indissociabilidade entre gestão e atenção. Essa proposta inclui um pensar e um fazer coletivo, que vem ao encontro das tantas propostas de uma gestão mais participativa.

Apesar do conhecimento avançar e apontar na direção da necessidade de mudanças nos modelos até então experimentados, muitas das instituições de assistência à saúde, no Brasil, encontram enormes dificuldades para mudar o modelo de gestão. Algumas dessas dificuldades dizem respeito: à relutância dos trabalhadores em aderir ao novo; à necessidade constante de inclusão de novos trabalhadores na força de trabalho dos hospitais, o que praticamente impede que mudanças sejam pensadas; e aos modos de gestão desenvolvidos ao longo da história, os quais estão arraigados ao fazer dos trabalhadores.

Cecílio (1999, p.317), ao discorrer sobre a gestão do poder nos hospitais, argumenta que a grande base das dificuldades de implantação de novos modelos de gestão, está na possibilidade de distribuição (ou de redistribuição) do poder contida nos modelos de gestão participativa.

A forma como esses processos de inovação gerencial são significados e/ou vividos por atores institucionais estratégicos poderia estar explicando, pelo menos parcialmente – mas com muita força – a baixa adesão às vezes observada nesses modelos de recorte participativo. Mesmo que outras explicações para essa baixa adesão - como as características do setor público, a dificuldade de se encontrar gerentes para esta nova função gerencial, entre outras – possam ser buscadas, tenta-se, aqui, mostrar que estes modelos, se implementados de fato, resultam em acentuado processo de distribuição de poder no interior da organização com todas as suas conseqüências.

A hegemonia do poder médico nas instituições de saúde fica, por vezes, ameaçada na implementação de propostas de gestões mais participativas, com o envolvimento direto dos trabalhadores de outras categorias profissionais, o que significa a diluição de um poder decisório e de um poder de conhecimento, historicamente atribuído a ele.

No hospital universitário (HU) estudado, diversos modelos de gestão foram testados, desde modelos com poder mais centrado nas chefias, até aquele em que foi dado mais espaço ao trabalhador para participar de decisões institucionais. Independentemente do modelo adotado, o trabalho da enfermagem tendeu sempre a recair em organogramas verticalizados e com fragmentação das ações de trabalho, correspondendo ao disposto na própria Lei do Exercício Profissional (LEP), conforme apresentado anteriormente.

O modelo, hoje vigente, consiste na cisão histórica entre o pensar e o fazer. Ao enfermeiro compete a supervisão, o controle e o planejamento do trabalho, a realização das ações de cunho mais administrativo, como pedido de material, solicitações de consertos e de compras, e aquelas assistenciais, ditas como exclusivas do enfermeiro pela LEP; e, aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a execução das ações. As ações administrativas são realizadas pelos(as) enfermeiros(as) nos diferentes turnos. Porém, têm sido abertos espaços crescentes de participação dos trabalhadores da enfermagem

nos processos decisórios que os envolvam, como é o exemplo da representação dos mesmos junto à direção, entre outras ações.

Apesar da referida divisão, percebe-se na UTI, mesmo que de forma incipiente, certo grau de autonomia no fazer do técnico e do auxiliar de enfermagem, no que se refere ao cuidado prestado ao sujeito hospitalizado. É dado a eles o espaço para estabelecerem prioridades, de acordo com sua avaliação acerca das necessidades dos sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Esse espaço é pautado no conhecimento específico das diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem. É o momento em que o trabalhador pode pensar suas ações para com o sujeito do cuidado.

No que concerne às atividades não relacionadas diretamente com a assistência, mas que possibilitam sua concretização, como preparo e encaminhamento de material para a CME, busca de medicamento na farmácia, provisão de material de consumo no posto de enfermagem, os auxiliares e técnicos de enfermagem têm uma escala, na qual está estabelecido o que é da competência de cada um. Foi acordada, entre eles, a distribuição seqüencial dessas atividades.

Essa forma de organização, proposta por um auxiliar de enfermagem, propicia uma distribuição eqüitativa das ações de trabalho na equipe da enfermagem por turno, de forma a não sobrecarregar ninguém. Além disso, possibilita que os trabalhadores vivenciem as diferentes etapas do processo de trabalho, e propicia a supervisão das atividades por parte do enfermeiro. Havendo possibilidade ou necessidade, ocorrem trocas entre os trabalhadores, para que se sintam motivados para desenvolverem ações com as quais têm mais afinidade.

A fala abaixo ilustra tal reflexão:

*Quando entrei, aqui não tinha rotina, era um pouco bagunçado. Aí propus reuniões. A gente senta [e conversa]. Hoje, tem escala de quem vai à farmácia, quem passa visita, quem cuida do posto, dos leitos e isto se estendeu para os outros turnos, e o enfermeiro tem de quem cobrar. Quem passa a visita hoje, é a fulana. Por que atrasou a visita? Então, a enfermeira vai direto ao responsável. Lógico que tem as preferências. Por exemplo: Eu gosto de passar as visitas e não sou muito fã de abastecer o posto. A fulana não gosta de passar visita; prefere abastecer o posto. Então, a gente troca. Caso contrário a gente faz o que tem que ser feito. Eu acho que é necessário ter rotina para o enfermeiro saber de quem ele deve cobrar, pois, senão, sempre fica alguém sobrecarregado, porque sempre terão, na equipe, uns mais malandros, mais espertos (A3-HU).*

Destaca-se dessa fala a necessidade de existirem rotinas, normas no trabalho da enfermagem. Sabe-se da necessidade da existência de normas para que a organização se dê de forma estruturada, com orientações pertinentes às diferentes etapas que compõem determinada ação ou procedimento. No entanto, a norma, por vezes, limita a expressão da criatividade e da capacidade crítico-reflexiva do trabalhador (BECK, 2001), quando apresentada como um rol de orientações a serem cumpridas, favorecendo a alienação do trabalhador. O trabalhador como sujeito, diante dessa “subjetividade moldada”, previamente estabelecida e instituída, pode submetê-la a uma apreciação individual e coletiva, em busca de avaliar sua sincronia com a organização real do trabalho. Antes disso, ao trabalhador deve ser dado espaço para participar das discussões e reflexões que originam a rotina, pois são conhecedores de sua realidade de trabalho.

Outro aspecto importante que emana da necessidade de existência de rotinas está posto na sua forte vinculação com a necessidade de controle, no sentido de “fiscalização”, de cobrança. Uma vez instituída, a rotina possibilita o controle de uns sobre os outros para que as ações se processem conforme o descrito. Mais importante do que o cumprimento das ações, parece estar a possibilidade de ter “de quem cobrar”. No entanto, o controle necessário no processo de trabalho vem acompanhado do sentido de estímulo ao fazer bem feito, ao fazer com mais criatividade.

Um modelo de gestão que estimula a criatividade e a participação tem, na norma, na rotina, um aliado para que as ações de trabalho fluam, de acordo com as necessidades da organização real do trabalho.

No hospital filantrópico, o modelo de gestão aplicado está embasado no Programa de Qualidade Total. Na unidade estudada, no entanto, o trabalho da enfermagem segue uma rotina assistencial similar à UTI do HU, com certas peculiaridades.

Ao “enfermeiro(a) administrativo(a)” compete desenvolver ações mais gerenciais, com carga horária de oito horas diárias, distribuídas entre manhã e tarde, sem plantões aos finais de semana. Cabe a esse profissional a realização das escalas mensais, pedidos de material e de consertos, entre outras funções administrativas, além da realização do controle hídrico dos sujeitos do cuidado internados e da realização de

procedimentos assistenciais quando solicitado. Tais atividades não são exclusivas dele, mas se estiver na unidade, ele as realiza. É também, um elemento articulador entre os trabalhadores da enfermagem dos diferentes turnos, bem como entre eles e a equipe médica. A ele são repassados problemas existentes entre os diferentes turnos da equipe de enfermagem e problemas identificados pela equipe médica em relação à enfermagem.

As diferentes equipes esperam desse trabalhador a resolução dos problemas encaminhados a ele, a quem é conferida autonomia para tomada de decisões que envolvam a equipe de enfermagem.

Durante as observações de campo, foi possível perceber que esse profissional é extremamente solicitado, quando do surgimento de quaisquer problemas envolvendo não só questões de relacionamento, como aquelas que dizem respeito à assistência direta ou indireta aos sujeitos do cuidado. A resolução é buscada de forma dialogada, sem atritos, sendo que os problemas que fogem de sua alçada de resolução são encaminhados a quem de direito.

*Tento resolver sem entrar atrito, caso contrário vou para o papel. Tenho pavor de bater boca e nem tenho por que. São situações de trabalho. Se tu vai bater boca, vais ter um atrito direto, vais pegar uma inimizade sem ter por que. (...) se eu não conseguir resolver tenho que passar. Quando esgotaram as minhas possibilidades, aí vai para a enfermeira X [serviço de enfermagem], ou para o médico X [chefe da UTI]. Esses dias, eles estavam viajando e foi direto para o [administrador], mas foi resolvido (E1-HF).*

Quanto ao trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, foi percebida a mesma autonomia incipiente observada na UTI do HU. As demais atividades de cuidado indireto são distribuídas entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, havendo rodízio entre eles. O controle e supervisão quanto à realização de tais atividades, fica ao cargo do(a) enfermeiro(a) do turno.

Nos dois hospitais, existe uma relação forte de respeito à hierarquia no trabalho da enfermagem, uma vez que, mesmo os técnicos e auxiliares desenvolvendo suas ações sem a necessidade de comando por parte do enfermeiro, eles reportam-se a esse trabalhador nas intercorrências com os sujeitos do cuidado e quando o processo de

trabalho exige a tomada de decisões.

A organização do cuidado prestado nas UTIs dos dois hospitais baseia-se na modalidade de cuidado integral, ou seja, cada trabalhador desenvolve todas as ações de cuidado em um mesmo sujeito (ou em mais de um sujeito). Segundo Pires (1998) e Matos (2002), essa forma de cuidado tende a ser mais criativa e motivadora do que a modalidade de cuidados funcionais, uma vez que possibilita ao trabalhador ter uma maior compreensão e um maior controle sobre o trabalho executado.

Foi possível experienciar a assistência de enfermagem baseada em cuidados funcionais, quando do início de minhas atividades profissionais. Uma escala diária era realizada, com distribuição das diferentes ações de cuidado entre os diferentes trabalhadores: nebulizações, verificação de sinais vitais e, assim, sucessivamente. Cada trabalhador desempenhava a função que lhe cabia, em todos os sujeitos internados na unidade onde trabalhava.

Os trabalhadores percebiam o sujeito do cuidado como limitado às ações que lhe prestavam em determinado momento, parecendo ter dificuldades em visualizá-lo como um ser integral, indivisível, único. Era como se o sujeito do cuidado pudesse estar existindo de forma compartimentalizada, tendo os cuidados direcionados a cada uma de suas partes, independente das outras.

A percepção da equipe de enfermagem, à época, era de que essa forma de trabalhar não possibilitava uma interação mais efetiva com os sujeitos do cuidado, pela sua extrema fragmentação. Foi então que, a partir da percepção coletiva, optou-se por modificar o modo de organizar o trabalho de enfermagem para cuidados integrais, o que é mantido até hoje. Este é um exemplo prático de que a ação coletiva tem em si a força da transformação. No entanto, existem estudos (GELBCKE, 2002b, MATOS, 2002) que apontam para certa resistência dos trabalhadores de enfermagem em aderirem a mudanças, quando se trata da forma de organizar o cuidado, diferindo da realidade por mim vivenciada.

A modalidade do cuidado integral propicia uma maior integração entre o sujeito do cuidado e a equipe de enfermagem, aproximando o trabalhador do exercício de sua autonomia profissional, pois pode avaliar o sujeito, dispendendo um tempo, mesmo que mínimo, ao diálogo e organizar a assistência com base nas necessidades por ele

identificadas.

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas pelos hospitais brasileiros em aderir a essa modalidade, entre elas: “a composição diversificada da equipe de enfermagem, a inexistência de uma cultura participativa, os limites da lei do exercício profissional, o número insuficiente de trabalhadores” (MATOS, 2002, p.32), o cuidado integral extrapola a fragmentação do sujeito do cuidado e, em parte, do trabalho da enfermagem, apesar de ainda não ter suplantado a cisão entre o pensar e o agir.

Autores como Matos (2002) e Machado (2002) apontam que a maioria das experiências práticas de cuidados integrais não valoriza a criatividade do trabalhador que o executa, ficando a concepção do cuidado como exclusiva do enfermeiro. Ainda assim, pela experiência vivida, o trabalhador sente-se mais participante do processo de trabalho, com mais espaço para pensar o cuidado e para ser criativo.

O estudo realizado por Soboll, Bernardino, Silva e Felli (2004, p.185), em um hospital privado de grande porte, identificou que as duas modalidades de trabalho, integral e funcional, eram utilizadas, dependendo do setor. Enfatizam que, ao comparar os dois modelos, o modelo funcional faz com que os trabalhadores se sintam “pouco estimulados e desafiados em seus papéis”, o que foi “corroborado pelos discursos relatando desânimo, apatia e conformismo, agravados pela alta falta de rotatividade e conseqüente repetitividade das tarefas, levando ao desgaste”.

Para além do modelo de gestão adotado, o processo de trabalho da enfermagem no microespaço da unidade de internação tem uma organização que, a exemplo do já referido, está pautada na divisão de tarefas, no respeito historicamente direcionado à hierarquia, nas rotinas instituídas, na burocracia que envolve a assistência de enfermagem, tomando tempo que poderia estar sendo destinado a ações junto ao sujeito do cuidado ou em ações de educação permanente.

Sabe-se o quanto a organização do trabalho dessa forma verticalizada, sem espaço, ou com pouco espaço para participação do trabalhador nos processos decisórios, gera certa alienação desse trabalhador no que tange ao processo de trabalho em seus diferentes momentos, e também interfere negativamente na sua saúde.

A alienação, por sua vez, promove o comportamento passivo diante do cotidiano de trabalho. O trabalhador que se encontra “alienado”, tem dificuldades para

vislumbrar formas diferentes de agir e, perante essa aparente ou concreta passividade, submete-se ao instituído, ao que está proposto pela organização prescrita do trabalho. No entanto, sua atitude diante dessa mesma organização pode vir no sentido da criatividade, como diz Guattari (2005), da expressão de sua subjetividade singular, ao invés de sujeição à subjetividade moldada institucionalmente.

Sato (2002, p.1) destaca o quanto a organização do trabalho interfere na dinâmica do processo de produção da saúde do trabalhador: “A depender da forma como o processo de trabalho é organizado, o cotidiano no local de trabalho é configurado por contextos nos quais os modos de se trabalhar, de se relacionar, de lidar com o tempo, com o espaço e com os equipamentos são sabidamente danosos à saúde”.

A organização do trabalho traduz-se em ações interligadas, estruturadas para serem produzidas e reproduzidas no espaço do trabalho (CEZAR VAZ, 1996). Existe uma organização que independe do trabalhador: a organização prescrita, mas que pode ser por ele modificada em sua interação com o processo de trabalho. E existe uma organização determinada por esse trabalhador, no momento em que ele pensa seu trabalho, suas ações e a ele (pensamento) e a elas (ações) dá vida, a organização real.

No momento em que o trabalhador PENSA/PROJETA seu trabalho, suas ações para o microespaço da assistência ao sujeito do cuidado, está, de certa forma, planejando, sistematizando, construindo e avaliando o cuidado, ou seja, está organizando o seu trabalho.

É no espaço entre a organização do trabalho prescrita e a ação concretamente realizada, que a subjetividade do trabalhador mostra-se com mais força, apesar de ser, quase sempre, de forma ainda invisível. É o espaço em que ele pode se colocar inteiro, sujeito participante, sujeito determinante, sujeito criativo, com autonomia diante de seu fazer.

A partir da idéia de Schwartz (2004) sobre o trabalho como uma dramática do uso de si, considerando o uso de si por outros e o uso de si por si, apreende-se que existe um movimento dialético no uso de si, ou seja, o trabalhador faz uso de si mesmo na perspectiva de atender às demandas impostas pelos outros, pelo trabalho, numa postura de execução do que está prescrito, e faz uso de si em função de suas próprias

demandas, usando de sua subjetividade singular. Faz, igualmente, assim como fazem dele, uso dos outros, compondo o coletivo do trabalho.

Ao fazer uso de si por si, o trabalhador está expressando sua singularidade, podendo, pelo uso do outro, coletivizar suas subjetividades, transgredindo, se preciso for, o prescrito, na perspectiva da produção de sua saúde.

Existe certa dificuldade, observada principalmente no técnico e no auxiliar de enfermagem, em apreender os momentos de exercício de sua autonomia, de expressão de sua subjetividade, como tão significativos, pois, por vezes, não consegue se sentir sujeito desse cuidado. Existe toda uma organização posta que o impele a não se mostrar no trabalho, a não se envolver. O trabalhador, assim colocado, parece não acreditar em sua própria capacidade de fazer diferente, parece não acreditar na sua capacidade de transformar.

Em certas situações, esses trabalhadores vêm-se como meros reprodutores de ações já determinadas, já pensadas. Assim, não raro, realmente o são no processo de trabalho hoje visualizado nos hospitais estudados. Parece que não acreditam na possibilidade de mudança do instituído, na transformação de ações que estão pré-determinadas, mesmo que o conhecimento lhes aponte para a necessidade de mudança. Parece existir certo receio em se expor, em colocar sua forma de ser no trabalho e diante dos trabalhadores, sejam eles seus pares ou, e talvez principalmente, trabalhadores de outras categorias.

*Não sou eu que vou mudar a situação. Então... tenho que me adaptar. Cada um faz a sua parte. Não dá para esquentar. Tem que dar o teu melhor, senão, não sei (A2-HF).*

As relações de poder, nos hospitais e nas demais instituições, estão sendo constantemente produzidas e reproduzidas, transformando e sendo transformadas. Essas relações, no entanto, precisam estar (des)impregnadas de relações de subordinação. O poder não significa domínio de um sobre outro, supremacia de um sobre o outro, sujeição de um ao outro, mas a utilização de estratégias para atingir determinado objetivo.

No hospital filantrópico existe um nítido domínio do saber e do poder do médico sobre os demais profissionais. Num dia de observação de campo, um enfermeiro cogitou a possibilidade de solicitar avaliação psicológica para um sujeito internado por tentativa de homicídio, justificando sua avaliação em atitudes apresentadas pelo sujeito; ao que um médico respondeu que havia necessidade de conversar com o médico responsável pelo sujeito em questão, para que, se julgasse necessário, solicitasse a avaliação. Em atitude de aparente submissão, o enfermeiro concordou, sem mais argumentações.

No hospital universitário, parece haver uma maior integração entre os membros de equipe multiprofissional. A discussão sobre os sujeitos do cuidado dá-se de uma forma mais participativa, extrapolando a tradicional comunicação em que o médico pergunta e o enfermeiro responde.

Foucault (1996) explica que o poder exercido nas relações de trabalho não pode ser concebido como uma propriedade, mas, sim, como uma estratégia e que seus efeitos de dominação não podem ser atribuídos a uma apropriação, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos. Diz, ainda, que é preciso admitir que o “[...] poder se exerce mais do que se possui, que não é privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito conjunto de suas posições estratégicas [...]” (FOUCAULT, 1996, p.29).

Assim sendo, o trabalhador da enfermagem tem que se desvencilhar das amarras historicamente mantidas, que o coloca em uma posição de subordinação, principalmente ao profissional médico, pois cada profissional tem seus limites de atuação e suas possibilidades de ser e de fazer melhor aquilo que lhe compete, sem perpetuação da igualmente histórica luta de sujeições e dominações.

Em estudo desenvolvido numa UTI neonatal da cidade de Cuiabá, foi identificado que os médicos detêm um saber que lhes possibilita apropriar-se do objeto de trabalho e conduzir a produção do assistir. Essa é uma realidade que se reproduz em diversas instituições, pois o modelo de saúde vigente privilegia a cura, “cujo instrumental é de domínio da medicina” (GAÍVA e SCOCHI, 2004, p. 474).

Por mais que o modo de produção vigente, que norteia e orienta a maioria dos modelos de gestão e as formas de organização do trabalho da enfermagem tente

“sufocar” a subjetividade do trabalhador, sua autonomia, seu modo de ser e de pensar, seu saber, em nome da produtividade que dele espera, em determinado momento, em determinadas brechas abertas no cotidiano, a suposta invisibilidade do trabalhador se volatiliza e ele consegue, mesmo que timidamente, expressar seu interior.

## 6.2 As Condições de Trabalho

6.2.1 Os recursos materiais como instrumentos de trabalho da enfermagem e sua relação com a produção da saúde e do desgaste do trabalhador

Os recursos materiais, instrumentos do trabalho da enfermagem, são elementos fundamentais para que a assistência se processe. Além de existirem em quantidade suficiente, é essencial que a qualidade do material venha ao encontro das necessidades, tanto da força de trabalho – trabalhadores da enfermagem – quanto do sujeito do cuidado.

Pires (2004), em estudo realizado em uma Unidade de Emergência de um hospital na Holanda, detectou que a existência de material em boa quantidade e qualidade é um fator que auxilia na produção da saúde dos trabalhadores. A realidade brasileira, em contrapartida, mostra que muitos hospitais se defrontam, cotidianamente, com a falta de materiais de consumo e de material permanente, bem como com a precariedade de muitos deles.

Martins (2000), Matos (2002) e Gelbcke (2002b) apontam que a falta de materiais provoca desgaste nos trabalhadores. Essa falta reforça sua fundamentabilidade no trabalho da enfermagem.

A UTI do hospital universitário destaca-se, na fala dos trabalhadores, como sendo um espaço privilegiado de atuação no interior do hospital, no que tange ao suprimento de materiais. Referem que dificilmente **falta material de consumo** e que, na eventualidade de ocorrer, providências imediatas são tomadas, não só no microespaço institucional, como também no macrocontexto institucional, no intuito de tentar suprir as deficiências momentâneas. Reconhecem que sua realidade difere da

realidade dos demais setores do HU.

Ao serem questionados sobre suas reações frente à falta de materiais e equipamentos, ressaltam o fato de que, raramente, vivenciam esse problema.

*Aqui na nossa UTI é difícil faltar material. Acontece como agora andou faltando soro de 1000ml, equipos. Isso aí a gente corre na outra unidade e consegue. Mas na nossa UTI é difícil faltar material (...). Aqui é difícil faltar material. Se fosse nas unidades, eu vivia de cabelo em pé. Na Clínica Médica, então, tinha que correr de ponta a ponta para conseguir alguma coisa e tu vias que o paciente estava precisando, é horrível. Mas aqui dentro tem tudo, é difícil faltar alguma coisa (A4).*

*Falta de equipamentos, de instrumentos de trabalho a gente não tem muito. A UTI é uma unidade privilegiada, que não costuma faltar as coisas. Às vezes não tem no resto do hospital inteiro e a gente tem. Às vezes a gente tem falta de luva e usa luva estéril. É um absurdo, um gasto, mas a gente não fica sem usar (E7).*

*Aqui na UTI não tenho muito desgaste em relação a isso. A gente só pede, tenta correr atrás, comprar e, por incrível que pareça, eles tentam nos dar tudo aquilo que a gente pede, dentro do possível. É lógico que a gente pede mais aparelhagens, coisas assim; mas sei que isso daí são mais difíceis de conseguir. Depende de verba e tudo mais; mas no geral de material, a gente sempre tem (E6).*

Apesar de citarem a UTI como local privilegiado, no que se refere aos recursos materiais, alguns trabalhadores elucidam o quanto é problemática a falta do mesmo, quando vivenciada em seu cotidiano de trabalho. Principalmente quando essa falta pode ser resultado de um planejamento deficitário, envolvendo a compra de materiais, o que extrapola seu limite de resolução, mas interfere, sobremaneira, na sua ação:

*Nós sabemos que toda uma série de coisas poderiam ser facilitadas e não são, em função do planejamento de compra de material, de distribuição, de encaminhamento de serviço. Então, tem muitas coisas que tu não consegues resolver, porque não depende de ti (E5).*

O HU está na dependência do processo de licitação para compra de materiais, o que envolve uma parcela considerável de tempo entre a identificação da necessidade do material e sua aquisição. Assim sendo, a previsão embasada no gasto real se faz necessária, para evitar faltas vinculadas à demora na aquisição pelo processo de

licitação.

*Desgasta. Acho que tem muitas pessoas que poderiam fazer, por exemplo, uma provisão. É final de semana, é feriado, diariamente se usa x; e este mês vai ter feriado. Então, deveria aumentar, mas não, pega feriado de 5ª, 6ª, final de semana, se tiver feriado na 2ª é mais um dia. E o que acontece? Precisa de uma seringa de 20ml para lavar uma sonda, não tem. Tem que usar uma seringa de 10ml duas vezes. Preciso de uma seringa de 20ml para fazer medicação, não tem. Faltou tal equipo, tens que ir em alguma unidade buscar. Isto acarreta um desgaste, essa falta de material. Mas às vezes acarreta por que? Por falta de atenção. Sabes que às vezes o hospital não tem condições de comprar ou não tem o material, mas se são coisas que tem no hospital, por que não fazer uma provisão? (A5-HU).*

Essa fala suscita uma importante reflexão sobre a participação do trabalhador em todas as etapas que compõem o trabalho. Existem ações desenvolvidas pelo enfermeiro da unidade, como pedido de material, que poderiam estar sendo delegadas a trabalhadores que, como ele, vislumbram uma forma de organizar o trabalho, diante de uma problemática que afeta, diretamente, o seu fazer. Na seqüência da fala, o trabalhador salienta:

*Eu fiz contabilidade. Sou extremamente organizado. Então eu tenho uma noção de muita coisa que envolve isso aqui: provisão, gasto de material. Vamos ver se é vantajoso ter tal material. Eu já consigo pensar assim, bom se tu vai usar essa sonda e dá para usar dois dias; quantas sondas eu uso num número razoável de vezes. Consigo ver de uma forma; daqui a pouco tenho quase que o valor que custou uma sonda para ver o que iria gastar nas outras. Minha forma de trabalhar é assim, então consigo alcançar um pouco mais (A5-HU).*

Sua experiência poderia ser usada em benefício de todos, ou seja, uma experiência individual sendo coletivizada para a melhoria do processo de trabalho. As habilidades e as potencialidades só podem se expressar, quando é dado espaço ao trabalhador ou quando ele conquista esse espaço. Há necessidade de trocas, de diálogo, para que as capacidades possam ser manifestadas.

Partindo do trabalho com dramática do uso de si (SCHWARTZ, 2004), pensa-se que, ao colocar suas potencialidades em prol do coletivo, o trabalhador estaria

fazendo o uso de si para o outro. Quando ocorre o uso de si pelo outro ou por outro, o trabalhador está atendendo às demandas que socialmente estão lhe sendo impostas. No caso relatado, o trabalhador estaria usando de si mesmo para a satisfação de necessidades coletivas ou para melhoria do processo de trabalho, o que extrapola o uso de si pelo outro, para tornar-se uso de si para o outro e, conseqüentemente, para si mesmo, visto ser um “uso” coletivizado.

Na UTI do hospital filantrópico, diante do mesmo questionamento, os trabalhadores reportam-se imediatamente ao quanto à falta de materiais produz intenso desgaste.

*Estresse: isto é uma das piores coisas em termos de desgaste; é horrível. Eu acho que idealizo um sonho, que vivo em outro planeta. Estou querendo um hospital de ponta. Queria que tivesse tudo ali, principalmente quando tem uma emergência. UTI, o que quer dizer? Que são pacientes que estão em tratamento intensivo, então o cuidado é constante, as situações e intercorrências que acontecem, são imprevisíveis, como em qualquer setor ou unidade. Mas aqui, mais ainda, porque os pacientes estão em estado grave. Às vezes acontece alguma coisa e não tem isso ou aquilo, e tu sai para procurar, tu não acha também (T3).*

*É bem desgastante. Eu tento contornar. A gente usa o que tem, tenta pedir na Farmácia; mas até eu pedir na Farmácia, até usar o que tem, já briguei, já xinguei, já caminhei de um lado para outro, abri e fechei os armários tentando ver. Geralmente eu consigo contornar, mas primeiro me estresso bastante, causa bastante desgaste (E3).*

Alguns trabalhadores relatam que a falta de material na unidade, por vezes, não está vinculada à inexistência do mesmo na instituição, ou seja, percebem essa falta de material como atrelada a certa desorganização interna, na unidade, no sentido de previsão de quantidades. Quando isso acontece, existe um excesso de burocracia para aquisição desses materiais, principalmente no noturno, ocasionando perda de tempo excessiva com o preenchimento de papelada, conversas explicativas ao telefone, provocando estresse desnecessário.

Essas situações causam “indignação” nos trabalhadores. Entendem a dificuldade de adquirir certos materiais, pela dificuldade do setor saúde como um todo, mas a inexistência do material no setor por falha interna lhes produz intenso desgaste.

*Se falta material aqui, a atendente da Farmácia tem que ligar para a Farmacêutica para ela liberar. Tu ficas pensando, seringa! Tanto seringa, esparadrapo, como luvas... a Farmácia não libera. Antes tinha falado que todo mundo coopera. Não sei por que, a Farmácia não coopera. Ela dificulta, porque eles não entendem que cada procedimento que tu vais fazer, tu gastas dois, três pares de luvas; rasga e tal, e falta luvas e tu tens que ir lá na Farmácia pedir luvas. E ela tem que ligar para a pessoa para liberar uma caixa de luvas. E isso aí me leva à loucura. Já pedi para quando faltar material da Farmácia, não me pedir, porque sempre brigo. A guria não tem nada a ver, mas eu também não tenho (A2).*

*Canso de chegar aqui e não tem material para trabalhar. A farmácia não me libera material na noite, material de trabalho, só medicamentos. O que eu faço, sento e choro? Não tem, aí eu ligo para a farmácia. Tento na manhã e elas me liberam, mas não na quantidade que eu preciso; me liberam menos. Então, tu ficas trabalhando naquela deficiência. Questões que eram para o dia resolver, acaba a gente tendo que resolver, e quando vou passar o plantão, passo sem material. Essa parte é desgastante: tu chegas, tem que estar correndo atrás de materiais e tu perguntas, onde estão? E... sumiram (E4-HF).*

A julgar pelas observações realizadas, a previsão das quantidades necessárias, por vezes, está em real dissonância com a demanda, gerando a falta interna, quando o material existe na instituição, principalmente nos finais de semana. Ou ainda, parece inexistir um cálculo de gastos de materiais, pelo setor de almoxarifado ou farmácia, que permita prever o período de tempo em que esse material estará disponível no estoque, para que possa ser feito pedido ou solicitada compra antecipada, evitando a falta do mesmo.

Durante o período de observação de campo, a falta de material de consumo foi notada com maior frequência na UTI do hospital filantrópico, o que vem corroborar as colocações feitas pelos trabalhadores. No entanto, pelo *status* que as UTIs representam dentro dos hospitais estudados, diversas vezes trabalhadores de outras unidades vêm pedir material emprestado. Existe certo orgulho nos trabalhadores quanto a isto, o que se manifesta através da fala de um deles, captada durante a observação:

O pessoal [das outras unidades] já sabe: se não tem aqui, é porque não tem no hospital todo (Nota de campo).

Os problemas observados e relatados, quanto à falta de material, implicam sobrecarga ou desgaste para o trabalhador, o que traz conseqüências de forma direta ou indireta na assistência prestada ao sujeito do cuidado. As conseqüências redundam no gasto de tempo envolvido com a busca do material, interferindo na possibilidade de permanência maior junto ao sujeito do cuidado, no desgaste físico provocado pelas idas e vindas a diferentes setores envolvidos, e no desgaste emocional provocado pelo conhecimento da importância de determinado material para o cuidado e pela não disponibilidade no momento em que é demandado. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Lunardi Filho (1995) ao estudar o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem em um hospital universitário.

*Quando não tem, é horrível de trabalhar. Precisa daquela medicação, de um soro, um material ou outro tipo de coisa e não tem! Tem que estar pedindo, tem que sair e ir às outras unidades, não está disponível aqui. Isto dificulta bastante. A gente perde tempo. Tem que estar buscando (T8-HU).*

Diante da falta de determinado material, ocorre a tão famosa **improvisação** com o que os trabalhadores têm disponível na unidade. Em um dos dias de observação, na UTI do hospital universitário, estavam faltando seringas descartáveis de 20 ml, necessárias para diluição e administração de medicamento por via endovenosa. Os trabalhadores, diante disso, utilizaram seringas de 10 ml, dividindo a medicação em duas seringas antes de diluir. Por ocasião das entrevistas, alguns trabalhadores apontaram esse problema, enfatizando que estão acostumados a improvisar, que a enfermagem é muito de se adaptar.

*A gente improvisa, pois quando falta para nós é que o hospital inteiro não tem. Nós estávamos sem soro fisiológico de 1000ml, sem seringa de 20ml, então tem medicações que tem que ser diluídas em seringas de 20ml. Aí pode ser numa seringa de 10ml. Não podemos prejudicar o paciente e usamos de improviso. Estamos sempre questionando e perguntando como devemos proceder (T6-HU).*

*Em relação à falta de material, não sou de me estressar. Se não tem uma coisa, usa outra. A enfermagem é que tem muito de se adaptar: se falta um equipo, pega outro. Vai adaptando. Eles [equipe de enfermagem] adoram usar o esparadrapo para fechar tudo (T5-HU).*

Tais colocações suscitam um questionamento: Por que a enfermagem assume uma postura de “adaptação”, de “improvisação”, de “acomodação”, ao invés de uma postura de luta coletiva por mudanças?

Parece existir certo “orgulho” na enfermagem por sua capacidade de se adaptar às condições existentes ou não existentes, em prol do sujeito do cuidado, condições essas, na maioria das vezes, precárias, desgastantes, insalubres.

Por inúmeras vezes, no desempenho de minhas atividades como enfermeira assistencial, presenciei e fiz diversas adaptações, encobrindo a falta de material, para poder prestar assistência ao sujeito do cuidado, objeto do trabalho. Da equipe também era cobrada essa postura de dedicação ao sujeito do cuidado, de cumprimento das ações destinadas ao turno de trabalho, independentemente das condições de que dispúnhamos. Fazíamos inúmeras reclamações, exigências, mas continuávamos “assistindo” aos sujeitos do cuidado, com postura “passiva” diante da situação, recebendo incontáveis elogios pela assistência que conseguíamos prestar. E isso funcionava como um alento, como um estímulo. Sentíamos orgulho dessa capacidade de “sobreviver” ao caos.

Foi necessária a vivência rotineira da falta de luvas, ou seja, foi necessário o estabelecimento de uma “crise” na unidade destinada à internação das mais diversas enfermidades infecto-contagiosas, entre elas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), para que o grupo percebesse que esse tipo de posicionamento passivo não trazia benefícios a ninguém. Pelo contrário, criava situações de risco envolvendo os trabalhadores e os sujeitos do cuidado. Elogios, nesses momentos, não mudavam a situação. Coletivamente, então, foi assumida uma postura de mudança de comportamento, ou seja, se as condições mínimas não nos fossem dadas, o que correspondia à existência de luvas na unidade, estaríamos repensando a assistência, já que estávamos utilizando as embalagens plásticas de proteção dos frascos de soro, como equipamento de proteção individual. Diante da posição mais incisiva do grupo, foi-nos concedido o que precisávamos, na quantidade necessária.

A percepção de “crise”, no contexto aplicado, foge à concepção prevalente no senso comum de “problema, destruição, pessimismo. A própria prodigalidade de novas propostas já indica que, em períodos de crise, se há uma forte percepção de limites, de

esgotamento de padrões até então tidos como os melhores ou aceitáveis, há também uma perspectiva de renovação, de criação” (AYRES, 2001, p.64).

Seguindo a linha de pensamento desse autor, nos momentos de crise é necessário explorar, ao máximo, as possibilidades de renovação e criatividade, e manter distanciadadas as paralisantes deformações ideológicas. Salaria que não há um “antídoto mágico” que ensine como fazer acontecer, mas que deve ser observada a ação e o compromisso, bem como a reflexão crítica.

De um lado, a expansão das oportunidades abertas pela crise depende da ação e do compromisso, amalgamados de uma solidariedade social pacientemente construída pela interação democrática. De outro lado, como sentinela de constante e verdadeira abertura democrática desse processo de construção, é a reflexão crítica que não pode ser negligenciada (AYRES, 2001, p.64).

A enfermagem tem muito forte em sua história o fazer caritativo, o colocar-se ao serviço do outro, mais como uma vocação do que uma profissão. É preciso fazer o trabalho para suprir as necessidades de sujeito do cuidado, independentemente dos seus limites. Dedicam-se até quase à exaustão, mas terminam o turno de trabalho com a sensação de dever cumprido.

Lunardi (1998, p. 66) assevera que alguns elementos do poder pastoral, fortes no início da história da enfermagem, aparentemente permeiam muitas das ações da enfermagem ainda hoje: “[...] um trabalho vocacionado, de devoção, de caridade e doação, de abnegação e de obediência ‘inteligente’”. Para Santos (2001), existe um sentimento de compaixão que move a enfermagem em sua trajetória.

A compaixão tem sido vista como a essência da nossa profissão e de qualquer uma que envolva o cuidar, no desempenho das atividades relacionais. Quaisquer atividades que preconizem uma relação de ajuda, inferindo uma certa bondade, uma certa sujeição ao sofrimento e à dor do outro, da formação acadêmica e ao longo da vida profissional, não podem prescindir da compaixão. Essa visão profissional é sustentada pela ética da bondade, da compreensão absoluta com o outro que, de alguma forma, necessita de cuidados, isto é, que, de algum modo, depende, seja física, seja psicológica, seja socialmente, de alguém (SANTOS, 2001, p.16).

Esses sentimentos permeiam o cuidado de enfermagem direcionado ao outro, ao sujeito do cuidado, muitas vezes ocupando todo o fazer do trabalhador, sem que esse possa dar vazão a ânsia pela reflexão sobre o seu fazer. Busca o prazer e a satisfação em cuidar do outro, acima de seus próprios limites e sufocando, por vezes, suas necessidades como sujeito.

O prazer ela tenta tirar deste trabalho diário, repetitivo, constante, ela acredita que ela faz diferença, que sem ela, enfermeira, os clientes ficariam piores. Apesar de todo o cansaço, encontram uma razão, um sentido no seu trabalho, que é a realização do outro, a melhora do outro, mesmo que seja às custas de seu cansaço e da sua própria saúde física e mental (LISBOA, 1998, p. 152).

É preciso romper com a perpetuação de certas características que não promovem e não possibilitam a visibilidade da enfermagem como trabalho, pois o reconhecimento que desponta desse fazer caritativo é um reconhecimento pautado no valor da doação e não no valor da profissão. O trabalhador, nesse contexto, igualmente, é valorizado pelo quanto faz, independentemente da condição existente, em detrimento de ser valorizado pelo conhecimento, pela capacidade de organizar e de planejar, pelo quanto é capaz de criar e não de improvisar.

A improvisação acaba alienando o trabalhador do coletivo do trabalho. Ao invés de procurar soluções mais abrangentes, que possam trazer benefícios a médio e longo prazo, os trabalhadores ficam, incessantemente, improvisando em cima do mesmo, do que se repete, gastando as energias que poderiam estar, coletivamente, sendo canalizadas para a transformação das causas que estão gerando os problemas, extrapolando o problema em si.

O trabalhador torna-se um sujeito acrítico, que se submete às condições do meio, sem que se perceba com ou encontre espaço para expressar sua capacidade crítica a respeito da realidade que tanto conhece. A criticidade abre um leque de possibilidades para a resolução dos problemas, diante do qual o trabalhador poderá fazer as escolhas pelo mais apropriado.

Esta forma de trabalho acaba trazendo conseqüências negativas para a saúde do trabalhador da enfermagem. A repetitividade do problema tende a torná-lo banal,

próprio do trabalho, não suscitando a busca por soluções. E a banalização traz sofrimento ao trabalhador.

Dejours e Abdoucheli (1994, p. 137) pontuam sobre dois tipos de sofrimento: o sofrimento patogênico e o sofrimento criador. O sofrimento patogênico acontece quando o indivíduo está diante de “pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência”, que podem conduzi-lo à descompensação mental ou psicossomática, e à doença.

Como o sofrimento, segundo os mesmos autores, é inevitável e ubíquo, principalmente na relação entre trabalhador e organização do trabalho, o importante é definir ações que possam transformar o sofrimento em criatividade. Salientam que

quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde. Quando, ao contrário, a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido de sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS, ABDOUCHELI, 1994, p. 137).

Estudos como de Azambuja (1999) e Gelbcke (2002b) revelam que a improvisação é percebida, na enfermagem, como um sinônimo de criatividade. No entanto, a criatividade que se pretende no trabalho, “não é aquela entendida como a improvisação no sentido de ‘fazer de qualquer jeito’, mas sim na percepção de valorização das idéias, na coragem de inovar e buscar novas alternativas, ou seja, ‘enxergar’ para além do problema” (REIBNITZ, 2004, p. 14).

Para tanto, o trabalhador tem de ser curioso, ter idéias empreendedoras, buscar o aprimoramento do conhecimento, ser tolerante diante da ambigüidade. As pessoas criativas, geralmente, preferem as situações desafiantes e sentem-se motivadas diante dos desafios. Além dessas características necessárias para que a criatividade aconteça, “o indivíduo deve perceber-se com liberdade para expor-se a estes desafios” (REIBNITZ, 2004, p.18), para enfrentá-los, modificando a realidade de trabalho.

Para que ocorra a transformação, é necessário que os trabalhadores, coletivamente, tenham a intenção de modificar a realidade que conhecem, por

vivenciá-la cotidianamente. É necessário que os trabalhadores problematizem a realidade, ou seja, apontem os problemas, analisem-nos à luz de seu conhecimento teórico e prático, critiquem construtivamente essa sua realidade de trabalho e se inquietem diante dela.

Freire (1997, p.60) salienta que

a mudança da realidade, que se dá a partir da problematização de uma realidade concreta, no entrelaço de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de “dentro” e, desse “interior”, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, ganhando, assim, uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Implica uma “apropriação” do contexto, uma inserção nele, um não ficar “aderido” a ele; um não estar quase “sob” o tempo, mas no tempo. Implica reconhecer-se homem. Homem que deve atuar, pensar, crescer, transformar e não adaptar-se fatalisticamente a uma realidade desumanizante. Implica, finalmente, o ímpeto de mudar para ser mais.

Quando se conhece o real, vislumbra-se um novo horizonte capaz de permitir fazer diferente o rotineiro e se organiza coletivamente o movimento que conduz à concretização de mudanças.

Ainda em relação aos materiais, a **falta de cuidados** com os mesmos é elucidada como produzindo desgaste nos trabalhadores. Relatam que, muitas vezes, a falta de material tem sua origem no descompromisso de determinados trabalhadores, podendo gerar a desorganização com relação ao local onde os materiais permanecem guardados; o não encaminhamento de equipamentos para manutenção, ou até mesmo seu desaparecimento pela falta de controle interno ou por um aparente “descaso”.

*O material some muito, se estraga, extravia, se desmonta... Ninguém sabe, ninguém viu. Essa parte é bem desgastante. Tu sais e deixa de um jeito e quando tu voltas está de outro. Ninguém sabe de nada. Esta parte é muito desgastante. Mais do que a parte humana, essa parte de materiais é pior de se tratar (A6-HU).*

*Sou muito pelo correto. Acho que estamos em uma área de saúde e isto aqui é nosso, é nossa casa, porque amanhã... pode estar eu, pode estar tu... Minha mãe, já esteve duas, três vezes aqui. Acho que a gente tem que preservar o que é da gente. Fico meio irritada com as pessoas. Tu sabes que a coisa é 110v e por que vai botar em 220v? Na tua casa tu não faz isso, porque os aparelhos da tua casa tu cuidas e aqui tu não vais cuidar! (T1-HF).*

*Aquilo ali te estressa mais. Deveria estar no setor, mas não está. Então falta*

*organização. Acho que a UTI não está organizada. Não sei como fazer para organizar. Mas acredito que tenha como, independente da situação, envolvendo tudo, a crise. Mas acho que tem um modo que a gente consiga trabalhar melhor. Dentro das condições em que se encontra, trabalhar melhor e tentar melhorar para nós e para quem precisa (T3-HF).*

Questiona-se o que leva os trabalhadores a um comportamento descompromissado com os materiais e equipamentos: Será falta de motivação no trabalho? Ou um movimento de resistência, ao uso de si pelo outro, sem espaço do uso de si por si, que se manifesta através de uma pseudo irresponsabilidade? Será a falta de perspectiva com relação à melhoria da condição hoje vivida?

Para Dejours (2003, p.17) essa falta de perspectiva faz com que os trabalhadores perpetuem situações cotidianas de sofrimento, mesmo quando suscitam desagrado ou aversão.

É por intermédio do sofrimento no trabalho que se forma o consentimento para participar do sistema. E quando funciona, o sistema gera, por sua vez, um sofrimento crescente entre os que trabalham. O sofrimento aumenta porque os que trabalham vão perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar.

Quanto aos **equipamentos de tecnologia de ponta**, existem diferenças significativas entre as duas UTIs. Acredita-se que um dos fatores responsáveis por essa diferença resida no tempo de existência díspar entre as duas: a UTI do HU, mais recente, tem equipamentos mais atualizados, mais novos, com parâmetros detalhados e confiáveis, facilitando, em muito, o trabalho da enfermagem; no hospital filantrópico, os equipamentos são mais antigos e seguidamente necessitam de reparos.

Os equipamentos de tecnologia de ponta, de acordo com os trabalhadores participantes deste estudo, podem produzir saúde e desgaste, dependendo do enfoque por onde são analisados, caracterizando mais um dos movimentos dialéticos das UTIs. A produção da saúde está vinculada à redução das cargas de trabalho e à maior segurança que esses equipamentos oferecem ao cuidado realizado ao outro. Além

disso, existe a possibilidade de gerenciar o tempo disponibilizado por esses equipamentos, para um fazer mais refletido. Em contrapartida, as cargas podem aumentar, quando os equipamentos mais sensíveis disparam frequentemente os alarmes sem causa aparente e quando os parâmetros apresentados não são fidedignos.

Em estudos desenvolvidos por Pires em dois hospitais brasileiros (1998) e em um na Holanda (2004), sobre o impacto da tecnologia na saúde dos trabalhadores da saúde, a autora alerta que o investimento em equipamentos de tecnologia de ponta tem dupla implicação: permite um aumento da produtividade do trabalho em saúde, se for demandado um aumento de atividades a serem desenvolvidas com o mesmo contingente de trabalhadores, e pode gerar aumento das cargas de trabalho por esse aumento no contingente de ações. Nesse sentido, refere que, com a utilização desses equipamentos,

outras atividades podem ser acrescentadas, além do rendimento do trabalho ser maior. Um trabalhador de enfermagem pode atender mais pacientes do que era capaz sem o auxílio do aparelho, ou pode desenvolver uma série de cuidados que antes não podia executar (PIRES, 1998, p.211).

Os trabalhadores da UTI do hospital universitário reforçam os achados relativos à redução das cargas de trabalho, enfatizando que os modernos equipamentos oferecem parâmetros vitais que, em momentos outros, exigiam do trabalhador dispêndio de tempo com a execução de ações de monitoramentos de tais parâmetros.

A fala a seguir ilustra esta reflexão:

*O monitor cardíaco é completo. É só apertar um botão e o programa acontece. No final do plantão, é só copiar o resumo. Sobra mais tempo para a gente fazer outras atividades, como dar banho de leito, tem a diurese, a verificação da medicação: Isto é excelente (A3-HU).*

Os trabalhadores dessa unidade manifestam que os equipamentos existentes em seu trabalho, pela qualidade e confiabilidade que proporcionam, são um dos responsáveis pela aproximação da organização do trabalho às necessidades que envolvem a produção de sua saúde.

Na UTI do hospital filantrópico, ao contrário, a maioria dos trabalhadores refere que os equipamentos de tecnologia são antigos, até mesmo arcaicos, apresentando problemas freqüentemente. Os parâmetros nem sempre são confiáveis, causando desgaste nos trabalhadores.

*Estamos muito mal de equipamentos. Esses monitores estão tudo velhos, tudo uns museu. Arruma em um dia e no outro já está estragado. Estão que nem eu aqui na UTI: faço parte dos aparelhos. É difícil. Eles dão uma arrumada, vêm de volta, funciona uns dias e estraga de novo. Está fazendo falta um equipamento novo. Esses monitores, oxímetros estão todos sucateados (A1).*

*Acho arcaico, me desculpa. Quando eu vim para cá, me assustei, pois nunca trabalhei com bombas, monitores e coisa e tal. Só que aí tu vêes o quanto a gente está atrasada aqui, porque são coisas muito antigas. Eu não conheço muitas UTIs, para estar falando que a coisa é arcaica, mas eu acredito que a gente está há anos luz atrás aqui. Essa UTI é muito antiquada. O que acontece? O monitor toda hora estragando, monitores velhos, muito antigos. O que acontece? Vem um respirador novo e o resto é tudo velho e dá problema. Nós temos uns BIRD de 1960. Pelo amor de Deus! Mas se não for aquilo ali, o paciente vai morrer. A tecnologia aqui dentro, acho muito pouca (...) as coisas aqui são muito arcaicas ainda. Em minha opinião, não tem grandes coisas. As bombas são também antigas. Devia modernizar, mas deve sair caro. Um oxímetro é caríssimo (A2).*

*Monitor, essas coisas, tu queres sempre confiar, mas infelizmente não dá. Um médico chega e pergunta como está o batimento? E o monitor está zerado. Tem que ir ao pulso, contar os minutos de batimento. Tudo gera um pouco de desgaste, tudo anda para trás. Tu páras e faz aquilo, podendo estar direto com os valores ali, certinho. Tem gente que diz que não está certa, e realmente não está. O paciente está taquicárdico e está normal no monitor. Então, tu perdes tempo com isso. Troca de monitor, troca de material e volta, tudo volta para trás, um passo para trás até solucionar o problema (T2).*

O tempo de trabalho, que poderia ser destinado a outras ações, é “desperdiçado” em verificações que poderiam ser monitoradas pelos equipamentos. Há pouco tempo receberam um respirador novo e ficaram encantados com a condição oferecida por ele ao sujeito do cuidado e a eles mesmos, pela segurança nos dados oferecidos, condizentes com a realidade apresentada pelo sujeito do cuidado.

O fato de os equipamentos existentes necessitarem de manutenção freqüente produz desgaste nos trabalhadores. Como diversos estudos apontam, entre eles, os de Lisboa (1998), Matos (2002) e Gelbcke (2002b), alguns hospitais brasileiros, em especial da rede pública de saúde, contam com materiais de baixa qualidade, o que

representa fragilidade, com tempo de vida útil menor e necessidade de reparos frequentes.

No hospital filantrópico, apesar do serviço de manutenção ter resposta imediata aos pedidos, limitada apenas pela necessidade de compra de peças para reparo, os equipamentos estão constantemente sendo encaminhados para conserto. No HU, o serviço de manutenção não tem a mesma presteza. Como os equipamentos existem na quantidade mínima, a demora no atendimento ao reparo significa a falta do mesmo na unidade.

*Nós já tivemos situações em que tínhamos respiradores mandados para o conserto, e tinha que receber paciente para ventilação mecânica. Isto aí é muito angustiante, pois tu sabes que não tem condições de ficar ambulando um paciente de 6 às 12h. Então, isso aí causa um estresse muito grande, quando tu vêes que a falta de um material é pelo descaso do outro que é responsável por aquilo ali, mas que não tem noção da importância daquilo ali. Porque, se mandares um respirador para o conserto, numa coisa que seja mais básica, que não precise de nenhuma peça vinda de nenhum outro lugar, num dia de manhã, tu esperas que pelo menos à tarde ele esteja no setor. E muitas vezes as pessoas dão prioridade para outras coisas, por não saber a importância daquilo ali. Isto é desgastante, é um caos (E8-HU).*

Essa fala expressa a necessidade da complementaridade na área da saúde, inclusive com as áreas de apoio. Essa complementaridade vem no sentido do desenvolvimento de ações que se inter-relacionem, que se fundamentem em uma relação de interdependência, caracterizando um trabalho coletivo.

Outro problema enfrentado reside no fato de que, na maioria das vezes, a aquisição de equipamentos de tecnologia de ponta é feita sem uma avaliação pela equipe de trabalho que os manuseia, que os utiliza no cotidiano de trabalho, gerando compras inadequadas às reais necessidades da unidade.

Na UTI do hospital filantrópico, por exemplo, há camas cujo tamanho (largura) não permite a passagem pela porta do elevador que leva ao Bloco Cirúrgico. São “pequenos detalhes” que provocam desgaste nos trabalhadores, não só pelo envolvimento físico mas também pela necessidade de investir em constantes reorganizações na unidade.

*Hoje estávamos cansados: muita coisa para fazer. A gente já chegou na hora*

*da confusão, no meio da confusão, de vários procedimentos e disseram que teria que levar o paciente para o bloco. Quando chega para levar o paciente, ele está em uma cama que não passa no elevador! Tem que pensar o que fazer. Não dá para levar na maca porque ele tem tração, tem fratura, tem isso, tem aquilo. Aí tu trocas, são coisas assim (...)* (E3-HF).

Em contrapartida, nessa UTI existem três camas digitais (de um total de sete), que facilitam em muito, o trabalho da enfermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem reconhecem o quanto esse instrumento favorece seu trabalho e, em momento de descontração, solicitam ao médico responsável pela unidade para adquirirem todas as camas digitais, para que “nossa saúde seja preservada” (Nota de campo).

Existem trabalhadores que, apesar de reconhecerem que os equipamentos são antigos, valorizam aquilo que está disponível na unidade.

*Os equipamentos não são de última geração, mas funcionam. Tenho mais problemas com falta de paciência para ver se o equipamento está funcionando corretamente ou não, do que o equipamento propriamente estragado* (E1-HF).

*Sou muito de valorizar o que a gente tem. O hospital não te dá condições lindas e maravilhosas para tu trabalhares, mas é o que tu tens. Então, não adianta. Dá para enjambrar um pouquinho* (E2-HF).

Essa valorização, por vezes, conduz a certa acomodação por parte dos trabalhadores. Independentemente das condições políticas e sociais, que interferem na área da saúde, é necessário que os trabalhadores se mobilizem no sentido de exigirem melhores condições de trabalho para si e para o sujeito do cuidado.

Sendo finalidade do seu trabalho, a ação terapêutica de saúde (PIRES, 1999), os trabalhadores têm um compromisso social com os sujeitos do cuidado, objeto de seu trabalho, no sentido de oferecer uma assistência de qualidade. Os equipamentos de tecnologia de ponta, além de assegurar essa assistência de melhor qualidade, contribuem para diminuir as cargas de trabalho da enfermagem, o que deve motivar os trabalhadores para uma ação coletiva, que lhes assegure essa melhoria. Esse achado foi

corroborado por Pires, em estudo realizado no Brasil (1998) e na Holanda (2004).  
Enfatiza que

os monitores cardíacos liberam os trabalhadores de enfermagem da verificação constante de sinais vitais; as bombas de infusão, após programação, controlam automaticamente a infusão da medicação no paciente e alarmam quando ocorre alguma alteração na programação, liberando a enfermagem do controle mais direto (PIRES, 1998, p.211).

A disponibilidade desses equipamentos no ambiente da UTI favorece a otimização do tempo no trabalho, o que poderia contribuir para uma maior aproximação do trabalhador ao sujeito do cuidado. Uma vez que ele não precisa realizar manualmente algumas tarefas, as quais são realizadas através dos equipamentos, pode dispor desse tempo para observação, tanto do sujeito do cuidado, como do funcionamento específico do ambiente.

A utilização do tempo, no entanto, no sentido de um trabalho mais criativo, satisfatório e de melhor qualidade, nem sempre é concretizada no dia-a-dia de trabalho. Uma das explicações pode estar no fato de os trabalhadores valorizarem pouco, no seu fazer concreto, a observação como um instrumento do processo de trabalho da enfermagem. Parece haver uma atitude de valorização do fazer concreto, das ações mediadas por instrumentos de trabalho palpáveis, como se instrumentos que não tenham esse tipo de característica não possam ser considerados como parte do processo de trabalho da enfermagem. Além da observação, outras técnicas relacionais ou ações educativas, importantes no processo de cuidar, podem ser exploradas no tempo disponibilizado.

Apesar da aparente ou real falta de importância aludida à observação, cabe ressaltar que ela é uma ação concreta que envolve visualização, interpretação e avaliação criteriosa dos sujeitos do cuidado sob sua responsabilidade e do processo de trabalho como um todo, bem como da maneira como é executado esse trabalho pelos demais componentes da equipe. As observações podem abrir espaços para discussões coletivas sobre o trabalho realizado.

O enfoque dado à possibilidade de uma maior aproximação entre o trabalhador

e o sujeito do cuidado vem no sentido de aliar à relação de confiança e vínculo que se constrói através desse espaço, à necessidade de avaliação constante do cuidado prestado ao sujeito. O processo de avaliação torna possível acompanhar a evolução da assistência prestada, adequando-a às necessidades individuais. Considerando que o sujeito do cuidado também tem sua singularidade, que lhe confere necessidades diferenciadas, as quais podem ser expressas através de um toque, de um olhar, de um gesto, é preciso dar a ele o tempo e o espaço para que essa singularidade se manifeste. A partir de então, pode adequar a assistência, não só aos problemas clinicamente diagnosticados mas, igualmente, às necessidades psico-emocionais identificadas.

Esse espaço é um momento propício para o sujeito trabalhador da enfermagem exercer sua autonomia no gerenciamento do mesmo, no uso desse tempo para expressar, através de ações, sua subjetividade, como sujeito que cria e que preenche as lacunas de seu fazer com o seu pensar. No entanto, o uso do “tempo livre” no trabalho não está apenas na dependência do trabalhador, mas também, do modo como o trabalho está organizado, gerenciado. Está em jogo uma disputa de poderes, em que nem sempre o trabalhador consegue ir contra o instituído ou contra o trabalho prescrito, pelas próprias imposições criadas pela organização e pelas características próprias de cada um. “Numa mesma situação de poder, os indivíduos não têm as mesmas possibilidades alternativas nem os mesmos horizontes temporais” (MELO, 2002, p.165).

No coletivo do trabalho, as reações e ações de trabalhadores mais experientes ou mais engajados nas lutas por melhorias nas condições existentes movem os demais numa mesma direção. Os trabalhadores precisam acreditar na força da ação coletiva, para que possam gerenciar os espaços de tempo livre no trabalho, de forma a tornar visível o fazer refletido da enfermagem.

Quanto à produção do desgaste atribuído aos equipamentos de tecnologia de ponta, os trabalhadores dos dois hospitais estudados ancoram-na em duas questões: uma delas, percebida durante as observações de campo, com pouca alusão por parte dos trabalhadores – o ruído/alarme constante gerado pelos equipamentos -; e outra, que foi enfaticamente mencionada por ocasião das entrevistas – falta de capacitação diante das “novas tecnologias”.

Quanto ao ruído/alarme dos equipamentos como respiradores, bombas de infusão, entre outros, parece funcionar como um meio de comunicação no interior da UTI. Ecoa como solicitação, como necessidade, como um chamado que perpassa pelo corpo do sujeito do cuidado, muitas vezes imóvel, incomunicável e, portanto, incapaz de chamar, fazendo com que os olhares de um ou mais trabalhadores, tão logo aguçados pelo som, procurem, imediatamente, a origem do mesmo, uma procura quase sempre direcionada ao alvo certo.

Na UTI do hospital filantrópico, a maioria dos sujeitos internados está inconsciente, como descrito anteriormente. Portanto, poucos são os que conseguem estabelecer uma comunicação verbal com as equipes de trabalho.

O ruído/alarme é o sinal de alerta. É a comunicação que mantém a existência do tênue limite entre “simples valores, parâmetros, regulagens” capazes de manter a vida e a própria vida que luta para, simplesmente, permanecer presente.

Esse constante ruído/alarme torna-se exaustivo e desgastante ao final de um turno de trabalho, principalmente no plantão de 12 horas. Além do ruído, o fato de que algo está sendo por ele avisado ou de que algo está por trás dele, também produz desgaste. Em estudo desenvolvido por Oliveira (2004, p. 143) sobre as representações sociais do ruído pelos trabalhadores de enfermagem de UTI, o desgaste provocado nos trabalhadores pelos ruídos foi atribuído aos “esforços efetuados pelos trabalhadores na tentativa de identificar a origem do ruído tecnológico e realizar as intervenções”.

Várias vezes os alarmes disparam sem ter causa vinculada a alterações no sujeito do cuidado, exigindo pequenos ajustes nos equipamentos. Mas o simples toque já demanda tempo do trabalhador. Por vezes, são equipamentos desgastados, com problemas técnicos, que exigem um constante ir e vir do trabalhador, pois pode ser apenas alteração no equipamento, como pode ser no sujeito do cuidado (OLIVEIRA, 2004).

Na UTI do hospital universitário, muitos sujeitos do cuidado conseguem estabelecer comunicação com os trabalhadores, mas os equipamentos também “gritam” por atenção. Nem sempre os alarmes permanecem ativados. Então os toques não são tão freqüentes. No entanto, os efeitos na saúde do trabalhador são da mesma monta. O “atendimento” aos ruídos nessa UTI não tem a mesma resposta imediata por

parte dos trabalhadores, provavelmente porque a área física possibilita a visualização de todos os sujeitos internados. Ao disparar um alarme, os olhares percorrem todos os leitos, sem que os trabalhadores precisem se deslocar de suas atividades.

Talvez pelo fato de não atuar em UTI, percebi o ruído/alarme como uma comunicação entre o instrumento de trabalho e a força de trabalho, comunicação que traz à tona toda e qualquer alteração nos parâmetros que mantêm a vida ou que ajudam a manter a qualidade de vida do sujeito que demanda, em determinado momento, por cuidados às suas necessidades.

Alguns estudos destacam o ruído contínuo como desgastante para a equipe de enfermagem. Entre eles: Pires (1998), Silva e Zeitoune (2002) e Oliveira (2004). Pires (2004), ao estudar a saúde dos trabalhadores em um hospital na Holanda, encontrou um dado significativo: havia controle periódico com relação à perda auditiva, trazendo tranqüilidade aos trabalhadores, já que estavam sendo monitorados quanto a essa questão.

Os equipamentos de tecnologia de ponta, pelas especificidades próprias de cada um, demandam que os trabalhadores estejam preparados para sua utilização e manuseio, o que nem sempre acontece nas realidades estudadas. Há o relato unânime quanto ao desgaste provocado pela não capacitação prévia diante da iminência de trabalho nessa unidade. Não é o cuidado em si que preocupa os trabalhadores ou que produz o desgaste, mas é o contato com a tecnologia desconhecida e diante da qual o trabalhador se vê sem segurança para agir em favor do sujeito do cuidado. Por vezes, acreditam que podem estar envolvendo o sujeito do cuidado em situações de risco, em que a relação entre eles, intermediada pela tecnologia, não tem o aporte do saber tecnológico necessário para o agir seguro. Na Holanda, os trabalhadores da saúde, que participaram do estudo de Pires (2004), mencionaram o desgaste provocado pela chegada de um novo equipamento na unidade estudada, confirmando os achados desta pesquisa. Até que os trabalhadores consigam lidar com o novo equipamento, o desgaste se instala.

*Eu acho que a gente pode ir para qualquer lugar, o serviço vai ser o mesmo, mas a tecnologia é que vai mudar. Quando eu cheguei aqui, eu não conhecia esses monitores (...). Isso aí cria certo desconforto, quando a gente desconhece (E8-HU).*

A qualificação dos trabalhadores para lidar com esses equipamentos é crucial. Pires (1998, p.220) salienta que,

em geral, o uso de equipamentos de tecnologia de ponta exige um trabalho mais qualificado, no sentido de que é preciso ter mais conhecimento para entender o funcionamento da máquina, da fisiologia humana e dos estados mórbidos, para poder realizar um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico.

O processo educativo, nas instituições hospitalares, configura-se em uma necessidade constante, devido aos crescentes e rápidos avanços do conhecimento na área da saúde. Uma análise mais apurada do processo de educação permanente no interior das unidades estudadas será procedida mais adiante.

6.2.2 A força de trabalho da enfermagem dialeticamente exposta à produção da saúde e do desgaste

A expressão “recursos humanos” parece não se adequar ao trabalhador entendido como sujeito. Campos (1994) e Fortuna, Matumoto, Pereira e Mishima (2002, p. 273) elaboram uma reflexão sobre recursos humanos, que vem ao encontro desse sujeito trabalhador. Eles propõem um distanciamento da referida expressão, pois consideram que “os trabalhadores da saúde são sujeitos sociais em processo de relação (relações atuais, passadas, históricas, sociais, culturais, de poder) no qual produzem as práticas de saúde, não sendo assim, mais um dentre os muitos recursos necessários como os materiais e físicos”.

O trabalhador, como sujeito que estabelece constantes relações em seu processo de trabalho, como sujeito que produz suas ações de trabalho, despendendo energia física e mental para essa produção, será, baseado nas idéias marxistas, considerado como força de trabalho, como sujeito no e do processo de trabalho que o absorve em determinados momentos de sua existência.

Quanto à composição numérica da força de trabalho, há uma diferença significativa no relato dos trabalhadores das UTIs estudadas.

No hospital universitário praticamente não há referência à falta de pessoal para

o desenvolvimento das ações que compõem o processo de trabalho. Apenas um trabalhador fez menção a esse problema. Por ocasião do afastamento por motivo de doença de um colega, foi necessário suspender a folga de outro trabalhador, de modo a manter um número mínimo para o desempenho das ações junto ao sujeito do cuidado. O trabalhador referiu:

*A falta de funcionários não é problema dos funcionários, mas da Instituição. Foi o que falei para o colega, que eu ia ficar sozinho no domingo. Três dias antes, eles [chefia] queriam suspender a folga dele. Se ele não tivesse nada para fazer, tudo bem... Que ele viesse... Eu agradeceria... Mas se ele tivesse alguma coisa... a folga era dele. Três dias antes é complicado. O problema não é dele. O hospital deveria ter pessoal suficiente para cobrir atestado, férias, faltas, essas coisas. Coloco a culpa na Instituição, não na Instituição, porque não é a coordenação que não quer colocar gente, mas a burocracia que impede, o sistema de saúde como um todo que impede que tenham mais funcionários. Eu vejo por isso. Não me estressa, mas sobrecarrega (T5-HU).*

O hospital universitário já vivenciou situações de precariedade em relação ao número de trabalhadores nas equipes de enfermagem que atuam nos diferentes turnos e nos diferentes setores. Hoje, a problemática já não se faz sentir com a mesma intensidade. Um dos trabalhadores destaca, em sua fala, a melhoria sentida em seu processo de trabalho quanto a esse aspecto:

*Quando cheguei aqui, eu tinha dois funcionários sempre. Todos os outros turnos tinham mais. Daí eu sei que fui batalhando e consegui um, depois consegui um RPA<sup>14</sup> [Registro de Pagamento Autônomo] que foi embora. Tinha o fulano, que era da outra noite e eu consegui puxar ele para a minha. Eu fui catando. Eu ia lá negociar com a chefia. Ela dava mil explicações: ‘Não posso, não tenho, mas não sei o que, não sei o que’, ia conversando. Eu ia outro dia lá e a gente conversava de novo e consegui. Acho que não me acomodei. Fui tentando conseguir e consegui o pessoal. Agora a gente tem cinco funcionários, que é um número muito bom, bem grande, assim e isso é bom. Mesmo hoje, está mais apertadinho, mas são três. Cada um fica com dois pacientes, que é o que previsto na UTI: cada técnico com dois pacientes (E7-HU).*

Sabe-se que a problemática da falta de pessoal nem sempre pode ser resolvida

---

<sup>14</sup> Registro de Pagamento Autônomo (RPA): os trabalhadores contratados por RPA trabalham 90 dias consecutivos, com intervalo de 6 meses entre um contrato e outro.

no microespaço institucional. O hospital universitário estudado, a exemplo de outras instituições públicas federais, é regido pelo Regime Jurídico Único (RJU - Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990). Conforme tal regimento, a contratação de trabalhadores dá-se mediante concurso público, o que envolve espera para liberação de vagas, tempo para elaboração do processo seletivo e para contratação.

O que tem sido feito como medida paliativa diante das necessidades emergentes é a contratação temporária de pessoal (RPA), quando o problema extrapola as possibilidades existentes no hospital.

Em relação às horas extras, outra possibilidade existente, duas dificuldades se apresentam: muitos trabalhadores da instituição têm restrições quanto a trabalhar na UTI, devido aos equipamentos diferenciados, e o máximo de horas extras permitidas para cada trabalhador/ano é de noventa horas. Essas situações funcionam como empecilhos para que a falta de pessoal possa ser solucionada, temporariamente, sem a necessidade de contratação temporária.

No hospital filantrópico, diferentemente do hospital universitário, a falta de pessoal é uma queixa apontada por 5 dos 10 trabalhadores entrevistados, sendo considerada como um componente fortemente influenciador na produção de seu desgaste. Manifestam que a contínua falta de trabalhadores, seja pela escassa composição numérica da equipe de enfermagem, seja pelas ausências ocasionadas por situações individuais dos trabalhadores, como atestados e licença gestante, interfere na produção de sua saúde e, conseqüentemente, na qualidade do trabalho.

As falas abaixo evidenciam essa problemática:

*Acho que favorece ao desgaste. Infelizmente, a instituição não favorece para que tenha número de funcionários, pela quantidade de pacientes. E tem dias que nós ficamos sobrecarregados. Há muito que fazer. E isso que trabalhamos doze horas. Imagina as colegas que trabalham seis horas. Ficar com três pacientes dentro da UTI é demais. A gente sabe que por lei nem é permitido, mas infelizmente a gente tem que saber lidar com isso (T4-HF).*

*A única coisa que a gente se queixa e que está sendo um desgaste, é da falta de funcionários. Está faltando funcionários porque uma perdeu o nenê, saiu e não quer mais voltar. A outra ganhou nenê. Tem uma de férias de manhã e uma a noite. A fulana foi embora. Então, ficou aquela coisa de faltar gente e estão custando a substituir esse pessoal. E mesmo substituindo, estão colocando gente nova, precisa de experiência, de prática. Aos poucos elas vão aprendendo, mas demora pegar aquele pique que a gente já tem de corre-corre, elas não tem (A1-HF).*

O número reduzido de trabalhadores nas equipes de enfermagem tem sido um fator apontado em diversos estudos como causador de desgaste, estresse, insatisfação entre os trabalhadores, como o de Barreto, Pereira, Santos e Neves (2003), que apontam duas categorias temáticas como causando desconforto no trabalhador: condições de trabalho e resultados desfavoráveis à manutenção da qualidade do trabalho. Na primeira, emerge como subcategoria a precária estrutura física e recursos humanos para a realização do trabalho, fatores citados pelos trabalhadores desta pesquisa.

Soboll, Bernardino, Silva e Felli (2004, p.186) enfatizam o desgaste que advém do número reduzido de pessoal. Salientam que esse problema “faz com que cada trabalhador aumente seu ritmo e diminua a qualidade do atendimento, despendendo mais força de trabalho e gerando cargas psíquicas e desgaste”.

Para além disso, observa-se, comumente, que a falta/adequação de pessoal de enfermagem vem ocupando grande parte dos debates em torno do trabalho da enfermagem e, muitas vezes, é disposto numa relação direta com a qualidade da assistência que é prestada.

Numa rápida retrospectiva sobre o assunto, verifica-se que a enfermagem, a partir de sua profissionalização, passou por momentos históricos em que a carência de enfermeiros e das outras categorias funcionais foi um grande desafio, tendo sido, inclusive, motivo de campanhas governamentais para incrementar cursos de formação, como aquelas desenvolvidas na década de 40 do século XX (VAGHETTI, 1999). Esse incentivo na formação de pessoal para a saúde estendeu-se maciçamente até meados dos anos 90 do século passado, através de cursos para qualificação aos atendentes de enfermagem existentes até então que, por exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), necessitaram ascender à categoria de auxiliar de enfermagem. Paralelamente, a criação de novos cursos de graduação de enfermagem e de técnicos de enfermagem teve um aumento mais do que significativo nas últimas décadas, o que parece ter sanado o problema quantitativo de pessoal de enfermagem no mercado. Todavia, a partir da existência de pessoal, a dificuldade econômica para sua contratação pelas organizações de saúde tornou-se, na maioria dos casos, a grande questão da insuficiência.

Mesmo assim, Noronha (2002) refere que,

segundo estimativas do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem (Profae), baseadas em informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em 1997, o setor da saúde era responsável por cerca de 9% do total de empregos existentes na economia formal do país.

Santana e Girardi (1992, s.p.) enfatizam que “o crescimento do emprego ou dos postos de trabalho em atividades de saúde têm sido [...] superior à média dos demais setores da economia”, indicando que existem 2.000.000 de trabalhadores em saúde no Brasil, sendo que 80% desse total são de mulheres, presentes predominantemente na enfermagem. Os autores referem, igualmente, que entre os profissionais de nível superior, existe uma preponderância (mais da metade) de jovens, com menos de 15 anos de formação. Da mesma forma, os Recursos Humanos na Saúde são, na sua maioria esmagadora, assalariados, sendo que essa questão está associada ao crescimento do emprego, que atinge 1,5 milhão de cargos, tanto no setor público como no privado. Ainda em relação à estrutura ocupacional dos trabalhadores da saúde, os autores supracitados informam que as “questões da profissionalização e especialização do trabalho” estão ligadas “à acentuada incorporação tecnológica que caracterizou o campo da saúde nas últimas décadas” que, “aliado a uma característica econômica marcante da produção dos serviços de saúde – sua natureza intensiva em trabalho, resultou na ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores necessários à operação dos serviços.”

Segundo o COFEN e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1982/83, foi constatada a existência, “nos estabelecimentos de saúde do país, de 304.287 trabalhadores exercendo funções na área da enfermagem. Deste total, 25.889 trabalhavam como enfermeiros; 19.935, como técnicos de enfermagem; 64.289, como auxiliares; e 194.174, como atendentes,” sendo que em 1986, foi estabelecida a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que enfatizou que caberia ao enfermeiro a responsabilidade pelas ações de enfermagem, podendo ser delegadas aos técnicos e auxiliares as atividades menos complexas. Essa Lei também forneceu um prazo de 10

anos para que os atendentes de enfermagem fossem qualificados a auxiliares de enfermagem, “sob pena de serem enquadrados no exercício ilegal da profissão” (NORONHA, 2002, p. 9).

De acordo com o COFEN, existem, atualmente, 137.896 enfermeiros registrados em todo o Brasil, 309.111 técnicos de enfermagem, 553.354 auxiliares de enfermagem, 3.470 parteiras e, ainda, 23.623 atendentes de enfermagem (COFEN, 2007).

Entretanto, a questão da quantificação de pessoal de enfermagem, mote de discussões na prática do cotidiano hospitalar, e expressa por alguns sujeitos deste estudo, vem sendo debatida exaustivamente por autores como Gaidzinski (1991), Magalhães, Duarte e Moura (1995) e pelo próprio COFEN, o qual tem estabelecido alguns parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados (Resolução COFEN nº 189/1996; Resolução COFEN nº 293/2004).

Os métodos para dimensionar ou quantificar o pessoal de enfermagem hospitalar datam da época de Florence, quando esta já mencionava a necessidade da existência de uma relação de proporção pessoal/leito, isto é, a quantidade de pessoal de enfermagem deveria estar numa dada proporção para o número de leitos. Em 1940, Pfefferkom & Rovetta estudaram o tempo médio, em horas, dedicados ao cuidado de enfermagem, o que serviu de base para calcular o número de trabalhadores para a assistência. Mais adiante, em 1948, um artigo publicado no *Nacional League of Nursing Education* introduziu um cálculo de pessoal que levava em conta a necessidade de cobertura de funcionários, durante suas folgas e férias. Em 1960, Connor et al estabeleceram o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) baseado no grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem (GAIDZINSKI, 2006). Todos esses métodos, de uma forma ou outra, acabaram por subsidiar aqueles utilizados nos dias de hoje.

Apesar da falta de pessoal ser uma realidade a ser considerada, os momentos de observação de campo no hospital filantrópico possibilitaram apreender que o problema maior parece residir na alta rotatividade de pessoal, o que acarreta, na maioria das vezes, a admissão de trabalhadores sem experiência de atuação em hospitais e, principalmente, em UTIs.

Partindo do pressuposto que o número de trabalhadores preocupa menos do que a alta rotatividade e, à guisa de ilustração, foi simulado um cálculo de pessoal para a UTI do hospital filantrópico com base na Resolução do COFEN 293/2004, considerando algumas variáveis como carga horária semanal (40 horas), número total de leitos (7), sendo 2 leitos para pacientes com cuidados semi-intensivos e 5 leitos para pacientes com cuidados intensivos, dias da semana (7) e taxa de ocupação desses 7 leitos de 100%. Tal resolução estabelece que a enfermagem utiliza 9,4 horas em 24 horas de trabalho no atendimento a pacientes com cuidados semi-intensivos e 17,9 horas a pacientes com cuidados intensivos <sup>15</sup>.

Assim, aplicando-se a fórmula disposta nessa Resolução, de que o número de pessoal de enfermagem necessário para o atendimento de enfermagem aos pacientes é o resultado da multiplicação da constante de Marinho (KM) pelo total de horas de enfermagem (THE), foi obtido como resposta o número de 21,7 trabalhadores ~ 22 trabalhadores. Desse total, a Resolução orienta que 42 a 46% (cuidados semi-intensivos) e 52 a 56% (cuidados intensivos) deve ser de enfermeiros. Para efeitos dessa simulação, adotei o percentual de 50% de enfermeiros (11) e 50% de técnicos/auxiliares de enfermagem (11).

A realidade de pessoal da UTI do hospital filantrópico é de 27 funcionários, sendo 4 enfermeiros e 23 técnicos/auxiliares de enfermagem, isto é, 20% acima daquilo que apregoa a Resolução 293/2004. Entretanto, observa-se que existe uma disparidade em relação ao número de enfermeiros, que deveria se aproximar de 11. A julgar pelo exposto, o número de trabalhadores não está em dissonância com o preconizado legalmente, o que confirma o pressuposto de que a alta rotatividade traz maior desgaste na realidade vivenciada hoje pela equipe de enfermagem da UTI do hospital filantrópico.

---

<sup>15</sup> Esta simulação foi realizada a grosso modo e não foram levadas em conta características da instituição/empresa e do serviço de enfermagem. O conteúdo completo da Resolução nº 293/2004 está disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/default.asp>.

6.2.3 A estrutura física das UTIs como espaços que "abrigam" o processo de trabalho da enfermagem, produzindo saúde ou desgaste

As leituras de Marx levam a concluir que o ambiente de trabalho pode ser considerado como um instrumento de trabalho. O próprio mundo, a natureza, poderia ser assim considerado. Desse modo, a estrutura física das UTIs estudadas, neste momento, será abordada como um instrumento de trabalho, no sentido de um espaço congregador de grande parte dos demais instrumentos de trabalho necessários ao processo de cuidar. Esse espaço é, então, o instrumento que possibilita a ação do trabalhador sobre e com seu objeto de trabalho, intermediado pelas relações de trabalho.

Como já descrito, as unidades estudadas moldam-se em espaços institucionais completamente diferentes quanto à estrutura física. No entanto, os problemas mais mencionados pelos trabalhadores ou observados como produzindo o seu desgaste puderam ser identificados nas duas UTIs: ausência de local adequado para o descanso da equipe de enfermagem, principalmente para a equipe que trabalha à noite, e a ausência de ventilação na área reservada para o expurgo.

Na UTI do hospital universitário, existe uma pequena sala destinada ao descanso do pessoal da enfermagem, porém sem estrutura adequada. Existe apenas um sofá-cama, com estofamento deteriorado, não oferecendo o mínimo conforto necessário. Em contrapartida, o espaço determinado para permanência ou descanso do profissional médico, tem toda uma estrutura diferenciada.

A questão a ser refletida não está centrada no fato de existir espaço para os profissionais médicos, mas na ausência de igualdade de condições para os trabalhadores das diversas profissões, em especial para enfermagem, pela característica de essencialidade e continuidade de seu trabalho.

*Me lembrei de uma coisa, uma coisa que me incomoda muito na enfermagem: é que a gente não tem muitas condições de trabalho no ambiente. Aqui tem a salinha do conforto médico. Tem dois quartos, tem quarto até para o estagiário, tem lençozinhos limpos, as cobertinhas, tem até pijaminha, e para nós não tem nada. Eu não acho que venho aqui para dormir. A gente vem para trabalhar, mas eu acho que fingir que as pessoas não têm necessidades, que elas não cansam e que elas têm obrigação de ficar 12:00h acordadas, não é nossa realidade. As pessoas trabalham em outros lugares. Elas precisam descansar um pouquinho. (...) Então eu vejo que a gente não tem um lugar direitinho para... Tem um colchão todo esfarrapado, um sofazinho que está*

*quebrado. Já foi feito vários pedidos. O beliche está para vir, está para vir... Já foi para as outras unidades e aqui nunca veio. Então isso é desgastante. Então naquele intervalinho de duas horas tu não descansas, porque o colchão é pequeno, o chão é frio. O lençol, ou a gente traz de casa (...) ou a gente pega dos pacientes; coberta não tem; se o pessoal tem, guardou no armário que, na verdade, era dos pacientes, não era para isso. É uma questão de dignidade, te desgasta. “Vocês enquanto enfermeiras têm que se impor, têm que se posicionar, vocês têm autonomia, têm que valorizar”. Que valorização é essa que não tem uma salinha! Me chama atenção que tem quarto até para o estagiário, tem para o médico, residente, estagiário que, às vezes, está no primeiro ano da faculdade e não tem para o enfermeiro, para o técnico (...). Isso me traz muita insatisfação. Fico desgostosa. Acho um desrespeito e acho que influencia no trabalho da noite. Acho que é uma questão de dignidade, valorização profissional. Acho bem marcante (E7-HU).*

Acredita-se que a valorização da profissão, começa pela valorização que a própria categoria lhe atribui, pois o que é vivenciado no interior do grupo, os sentimentos cultivados, fundamentam os estereótipos característicos da profissão. Portanto, se as condições direcionadas ao grupo não correspondem à satisfação de suas necessidades mínimas, denotando certa falta de interesse, de respeito, como esperar que outros profissionais valorizem e respeitem a equipe de enfermagem?

A fala da trabalhadora demonstra sua indignação ao qualificar como desrespeito ao profissional da enfermagem a diferença existente, além de entender que a equipe precisa de um momento de descanso para garantir a qualidade da assistência prestada ao sujeito do cuidado.

O trabalho de enfermagem já é extremamente desgastante, por lidar continuamente com a dor, o sofrimento e a morte. As condições de trabalho existentes para que possam atuar sobre e com o sujeito do cuidado nem sempre colaboram para o reconhecimento da importância e da necessidade do trabalho da enfermagem nos hospitais.

A própria equipe se sente pouco importante no contexto hospitalar, já que a ela não é direcionado um “cuidado” que contemple suas necessidades. E esse é um cuidado que exige pouquíssimo investimento financeiro do hospital.

No hospital filantrópico, essa questão foi visualizada por conta dos momentos da observação de campo. Não existe uma área destinada ao descanso dos trabalhadores

da enfermagem e, em contrapartida, como no HU, existe espaço destinado à permanência e descanso dos médicos. Os trabalhadores falam, em seu cotidiano de trabalho, que não são respeitados, pois não podem sentar sem que sejam questionados sobre seu descanso, às vezes em tom de brincadeira, às vezes em tom de cobrança. A falta de local apropriado já é um indicativo de que o descanso é tido como um momento de não trabalho, podendo ser dispensado.

Como uma estratégia de defesa a favor de seu corpo (necessidade de descanso pelo desenvolvimento de ações que exigem grandes esforços físicos, além do desgaste emocional por lidar com o sofrimento, a dor e a morte alheios) e contra o instituído (falta de espaço para esse fim), os trabalhadores procuram “cantinhos” onde possam descansar.

Segundo Dejours (2003, p.56), nenhuma empresa, instituição ou serviço pode evitar a defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização real, “seja qual for o grau de refinamento das prescrições e dos métodos de trabalho. É impossível, numa situação real, prever tudo antecipadamente”. Defende a idéia de que, se os trabalhadores seguirem a risca todas as instruções que lhes são repassadas, não haverá produção.

Salienta que a produção só acontece se os trabalhadores usarem, por conta própria, “artimanhas, macetes, quebra-galhos, truques; [...] quando se ajudam mutuamente, segundo os princípios de cooperação que eles inventam e que não lhes foram indicados de antemão” (DEJOURS, 2003, p. 56).

Ao entrecruzar o pensamento desse autor com a realidade dos hospitais estudados, percebe-se que os trabalhadores da enfermagem usam desses macetes para “escapar” do instituído. Apesar de não haver local apropriado, o que, provavelmente, denota a impossibilidade de descansar, a equipe se organiza para que isso aconteça. Cada um tem um horário para o descanso, fazendo rodízio entre si de forma a sempre ter alguém no posto de enfermagem. Muitos são os plantões noturnos em que não há tempo disponível para descanso, devido a intercorrências, internações, enfim, pela dinâmica do trabalho. Quando possível, no entanto, independentemente da falta de condições para tal, eles as criam para sua qualidade de vida e de trabalho.

Dejours (2003) diz que, ao mobilizarem suas inteligências, individual e

coletivamente, os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho e suprem a defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real. Muitas vezes, no entanto, essa inteligência só pode ser usada clandestinamente ou discretamente. E assim o é, quando se fala da questão do descanso da equipe. Seria uma transgressão de normas pretensamente instituídas, ou uma mobilização subjetiva do grupo para beneficiar a si mesmo e a organização do trabalho?

Refletindo nessa estrutura física, no ambiente como instrumento de trabalho da enfermagem, infere-se que esse deve se constituir em um espaço que ofereça as condições mínimas para que a equipe possa recuperar-se como força de trabalho, como energia despendida para atuar sobre seu objeto de trabalho, já que os instrumentos são considerados formas concretas de viabilização da ação do trabalhador. A não observância dessa necessidade do trabalhador pode incorrer na produção do seu desgaste, com interferências na qualidade do produto de seu trabalho.

Outro aspecto trazido pelos trabalhadores, quanto à estrutura física, diz respeito à ausência de ventilação na área destinada ao expurgo. As roupas usadas nos sujeitos do cuidado e os resíduos permanecem armazenados nessa área até coleta pela lavanderia e pelo serviço de higienização, respectivamente. Em especial, durante a noite, esses serviços de apoio contam com número reduzido de pessoal, o que pressupõe acúmulo desse material até a coleta. A ausência de ventilação propicia odores, por vezes insuportáveis, segundo os trabalhadores relatam.

Além do inconveniente citado, no hospital universitário, os equipamentos que necessitam de desinfecção de alto nível são preparados no expurgo da unidade. O uso do glutaraldeído, solução utilizada para esse fim, exige ventilação apropriada, evitando inalação desnecessária e requer o uso de equipamentos de proteção individual adequados. No entanto, nenhum desses requisitos é observado na UTI em questão.

Existe, nos hospitais, uma Central de Material e Esterilização (CME), que tem como função o preparo do material que necessita de desinfecção e esterilização. Por “medo” de que o material encaminhado ao CME seja desviado para outras unidades, os enfermeiros da UTI optaram pela preparação do material na unidade, sendo encaminhado ao CME apenas para sofrer o processo de esterilização. Será que a resolução assumida pelos enfermeiros é a mais adequada para a situação existente?

Essa “solução” aumenta as ações da equipe de enfermagem que, além do cuidado ao sujeito internado, preocupa-se com o preparo de material, funções a serem desenvolvidas pelo setor específico existente no hospital.

Não seria mais sensato pensar coletivamente, UTI e CME, estratégias de ação diante de problemas repetitivos, como desvio de material para unidade diferente da de origem? No CME, o sistema de exaustão também deixa a desejar. No entanto, cada setor deve mobilizar-se, através da ação coletiva reivindicatória, no sentido de melhorar as condições existentes na sua realidade.

Criar condições paliativas para resolução de problemas, investindo em aumento de cargas de trabalho para os trabalhadores, não traz eficácia nem eficiência para o trabalho. Pelo contrário, aumenta o desgaste do trabalhador.

Nesse sentido, é preciso dar espaço ao trabalhador que conhece o cotidiano de trabalho e que vislumbra, mesmo que de forma empírica, estratégias de resolução embasadas na experiência prática. Alguns chegam a verbalizar que poderiam se reunir para encontrar soluções mais pertinentes.

Em certos momentos da observação da objetividade do trabalho, foi possível captar certa indignação dos trabalhadores, diante da problemática da desinfecção do material na unidade. Atribui-se coerência a sua reclamação, pois lhes é imposta uma sobrecarga de trabalho. Além da sobrecarga, a exposição dos trabalhadores aos efeitos deletérios do desinfetante utilizado constituiu-se em carga química, o que pode produzir desgaste no trabalhador, tanto com efeitos respiratórios e oculares como cutâneos. Diversos estudos apontam para a questão das cargas químicas como geradoras de desgastes nos trabalhadores da enfermagem que lidam cotidianamente com esse tipo de produto (SILVA, KURCGANT, QUEIROZ, 1998; SILVA, ZEITOUNE, 2002; MALVEZZI, BRONHARA, 2004; TIPPLE, et al, 2004; XELEGATI, ROBAZZI, MARZIALE, HAAS, 2006).

A Norma Regulamentadora (NR) 32, que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde no Brasil, enfatiza os cuidados que devem ser observados, quando do uso de desinfetantes químicos, entre eles o sistema de exaustão e os equipamentos de proteção individual indispensáveis.

Essas questões necessitam ser do conhecimento de todos os envolvidos,

movendo-os no sentido de mudança das condições existentes. O conhecimento fundamenta as necessidades dos trabalhadores e pode estimulá-los a externalizar suas subjetividades singulares, de modo a transformar a realidade de trabalho através da ação coletiva.

### 6.3 O Processo de Educação Permanente

Os trabalhadores entrevistados foram unânimes em ressaltar a importância do processo de educação em seu cotidiano de trabalho. No entanto, relatam que as ações desenvolvidas nesse sentido são escassas, para alguns até inexistentes.

Referem-se às ações de cunho educativo usando a expressão “treinamento”, pois historicamente as ações convergem para a transmissão verticalizada e para a inculcação do conhecimento de um para outros, no intuito de tornar o trabalhador capaz e hábil por meio da instrução. É necessário, no entanto, levar em conta o conhecimento que o trabalhador possui, de forma a estimulá-lo a se sentir partícipe do processo de trabalho, capaz de expor suas experiências ao coletivo, ou seja, com espaço para expressar sua criatividade e para produzir novos conhecimentos.

As falas apresentadas a seguir traduzem a percepção dos trabalhadores quanto ao processo de educação existente (ou não) nos hospitais estudados:

*Aqui a gente não tem treinamento nenhum. O treinamento meu é porque eu meto a cara e quero saber como funciona, porque na hora que não tem enfermeiro tem que saber, alguém da unidade tem que saber, como é que vai funcionar isso aqui. É tudo [depende da] vontade de cada um (T1-HF).*

*Isto é um problema muito sério que estamos tentando resolver. Ano passado, estávamos fazendo reuniões aqui dentro da UTI. Cada enfermeiro fazia uma palestra sobre um tema e apresentava aqui para os funcionários da UTI. (...) Qual o maior problema, ano passado, dentro do hospital? Atendimento básico de parada cardiorrespiratória. Muito estagiário, muita gente nova, recém-formada. Não que não atendessem, mas que tinha que ter um treinamento, uma organização de quem faz o que, o que precisa ser feito. Fizemos umas cinco ou seis palestras no auditório para todo o hospital: era um enfermeiro da UTI e um residente. Este ano o administrador chamou uma Escola para fazer educação continuada aqui do hospital. Dividimos por temas. A primeira palestra foi humanização; em junho será [sobre] medicações. Tudo o que estamos sentindo certa deficiência, vamos debater, e estamos reorganizando o funcionamento disso para passar na palestra e entrar já como rotina (E1-HF).*

*Minha visão é que para o Técnico e o Auxiliar a capacitação é mais palestras curtas. Muitas vezes são detalhes já conhecidos, não muito diferenciados. Me cuido para fazer melhor, mas não tenho mais aquela ambição (T5-HU).*

*Só quando chega um equipamento novo. Quando chegou o eletro novo o enfermeiro fez um esqueminha de como funcionava. Podemos estar em uma emergência e o enfermeiro não poder vir ajudar ou te mostrar como tu deve proceder. Assim fica mais fácil (T6-HU).*

Nos dois hospitais existe o serviço de educação continuada, que trabalha, ainda, nos moldes de treinamento, como referido pelos trabalhadores. Determinados assuntos, por eles solicitados ou (mais comumente) elencados pelo próprio serviço, embasados em deficiências dos diversos setores são apresentados em forma de palestras, com espaços para questionamentos, com local e horário previamente agendado.

A participação dos trabalhadores nos encontros é ínfima, justificada, entre outros fatores, pela necessidade de ter mais de um emprego ou pelo cansaço que emana da jornada de trabalho, desestimulando a permanência na instituição após o cumprimento de seu horário. Por ser uma profissão eminentemente feminina, a grande maioria dos trabalhadores exerce a dupla jornada de trabalho, onde precisam

dar conta das atividades em casa, do cuidado com os filhos (Nota de campo).

Considerando essas dificuldades verbalizadas pelos trabalhadores, o serviço de educação continuada do hospital universitário propõe o desenvolvimento das atividades educativas nos três turnos, a fim de possibilitar a participação dos trabalhadores em seu próprio horário de trabalho, o que não tem sido suficiente para atraí-los. Os comentários dos trabalhadores, apreendidos nos momentos de observação, e sua pequena participação nos encontros, permitem inferir que essa baixa frequência está mais fortemente vinculada à forma de organização dos encontros e à falta de interesse dos trabalhadores, do que propriamente à falta de tempo. Algumas anotações do diário de campo são apresentadas para ilustrar esta reflexão.

Não apresentam nada de diferente (Nota de campo).

Levam tudo pronto e a gente fica só ouvindo (Nota de campo).

A minha experiência profissional como enfermeira, atuando no serviço de educação continuada, mostrou que a participação com questionamentos ou exemplos práticos de suas vivências, é extremamente pequena. Os trabalhadores limitam-se a ouvir o que é colocado, muitos chegam a “cochilar” durante as explicações. Já nas atividades que exigem sua participação ativa, como reflexões em grupo e atividades lúdicas, o envolvimento se faz bem maior e a satisfação fica manifesta em seus olhares, em suas falas. Tal observação reforça a assertiva de que os trabalhadores não se sentem motivados diante de propostas verticalizadas de transmissão do conhecimento.

Freire (2002, p. 25) diz que “ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. [...] Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Salienta, ainda, que ensinar é criar as possibilidades para produção ou construção do conhecimento.

O processo de educação envolve sujeitos sociais, históricos, singulares, políticos, que precisam interagir com os demais sujeitos para que, pela troca de experiências e conhecimentos, um novo conhecimento se produza e se coletivize, modificando a relação do trabalhador com seu trabalho, com seus pares e com o sujeito do cuidado.

Mesmo os trabalhadores referindo-se aos momentos educativos do processo de trabalho como algo que “não acrescenta grandes conhecimentos” (Nota de campo), alguns fazem questão de se fazerem presentes nos horários agendados. Usam como argumentos que é necessário participar, que alguma coisa sempre se aprende. No entanto, ousa-se atribuir a saída do trabalhador da unidade para assistir as palestras, como se constituindo, por vezes, em uma estratégia de defesa contra o cansaço, o excesso de atividades na unidade, enfim, como um respiradouro em sua jornada de trabalho.

Dejours (2003) salienta que os trabalhadores, individual ou coletivamente, encontram estratégias para lidar com as situações que lhes causam sofrimento. Por

vezes, o ritmo de trabalho da unidade é tão intenso, que a simples saída do trabalhador do ambiente já repõe suas energias, suas forças, para retornar ao trabalho mais motivado ou, pelo menos, menos cansado.

A imersão nesse cenário contraditório, em certos momentos, quanto à necessidade dos trabalhadores frente às propostas concretas existentes, suscita uma série de questionamentos: Como estimular os trabalhadores à participação? Que tipo de educação se pretende construir nos hospitais estudados, para que se tenha a produção da saúde dos trabalhadores e dos sujeitos do cuidado assegurada? Que tipo de educação pode ser construído, levando-se em consideração a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar? Como pode ser transformada a idéia de educação hegemônica no processo de trabalho da enfermagem, a qual ainda se mantém nos moldes de treinamento?

Essas questões exigem sérias reflexões coletivas para que as respostas possam emergir do fazer dos trabalhadores e, a partir de então, possam ser produzidas e reproduzidas no processo de trabalho, transformando-se em ações coletivas impulsionadoras da produção de sua saúde.

Encontra-se uma justificativa para perpetuação da forma verticalizada de transmissão de conhecimentos na formação da enfermagem que, historicamente, tem sido pautada e orientada pela racionalidade positivista da ciência moderna, que “valoriza a objetividade, elimina as emoções e esteriliza os sujeitos, na medida em que lhes impõe certa neutralidade e indiferença como condição para o correto desempenho das atribuições profissionais” (PRADO, REIBNITZ, GELBCKE, 2006, p. 298).

A idéia de dissociação, entre a subjetividade do sujeito e a objetividade necessária do trabalhador, repassada desde sua formação para ingresso no mercado de trabalho, incute-lhe a necessidade de obscurecer, em seu cotidiano de trabalho, os desejos, as sensações, os modos de ver e sentir que compõem sua subjetividade. Assim agindo, o trabalhador torna-se passivo diante dos conhecimentos que lhe são apresentados como instituídos, como corretos, como hegemônicos.

Em contraponto a essa visão historicamente determinada, o processo de educação permanente que se pensa, passa pela construção conjunta de conhecimentos entre os envolvidos no processo, ainda mais quando se busca um trabalhador que possa

expressar sua subjetividade no cotidiano de trabalho. Sua história de vida e de sua vida no trabalho confere-lhe conhecimentos que precisam ser discutidos e refletidos coletivamente de forma a serem mostrados nas ações de trabalho, bem como de serem transformados quando necessário, em um processo que respeita e transforma singularidades e coletivos.

Freire (1996, p.15) salienta que “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”. O processo de formação do ser humano envolve toda sua existência e não só uma de suas etapas, como formar para trabalhar. “A idéia de educação, como um processo de formação humana de caráter muito mais amplo, como processo de integração em uma cultura, que dura toda a vida do homem e abarca todas as suas atividades [...]” (ENGUITA, 1993, p.24), traduz todo um significado de educação como um processo contínuo de trocas, no qual todos, nos mais variados espaços da existência do ser humano, são capazes de aprender e de ensinar.

É preciso “superar a histórica separação da descontextualização do fazer em enfermagem entre o profissional e o pessoal, como se houvesse aí um distanciamento entre a objetividade e a subjetividade. Precisamos articular essas duas dimensões, para que o enfermeiro ao cuidar se perceba como sujeito” (PRADO, REIBNITZ, GELBCKE, 2006, p. 298). Abre-se aqui essa necessidade para toda a equipe de enfermagem.

A educação formal, estruturada na transmissão do conhecimento técnico e objetivo, tem suas qualidades, mas a interação, a troca de conhecimentos com base nas experiências entre os envolvidos no processo de comunicação, é de fundamental importância para a produção e reprodução do conhecimento de modo diferente da simples transmissão. A transmissão de conhecimento verticalizada, ou seja, de um para outro, determina uma invisibilidade de quem recebe, passivamente, o pronto, o elaborado. É preciso romper com a invisibilidade do outro através de sua participação no processo de educação permanente. É imprescindível aliar, ao conhecimento técnico e objetivo, o conhecimento que nasce da práxis, da efetiva interação ação-reflexão-ação.

Oliveira e Ciampone (2006, p.255) salientam que é

fundamental ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, seja na dimensão técnica (aprender a fazer e conhecer), como na dimensão ético-

política (dimensão do aprender a conviver e ser), da comunicação, das inter-relações pessoais, viabilizando a atenção integral dos sujeitos assistidos [...].

Essa qualificação poderá viabilizar, igualmente, a produção da saúde dos trabalhadores. Os trabalhadores da enfermagem, como sujeitos cuidadores, precisam executar as técnicas de forma correta, no entanto, só o conhecimento objetivo não dá conta da reflexão que conduz à transformação, não dá conta da manifestação da sua subjetividade.

Por diversas vezes, os trabalhadores relataram, durante os períodos de observação, que gostariam de ter ações educativas na unidade, onde os problemas estão acontecendo e onde podem ser encontradas soluções nas próprias condições existentes para o trabalho. Essa carência relatada pelos trabalhadores sinaliza uma resposta aos questionamentos elaborados anteriormente sobre a premência de volatilizar a idéia de educação como treinamento: problematizar o trabalho no trabalho, ou seja, analisar a realidade, questionar o real, assumir uma postura de criticidade em relação ao cotidiano de trabalho, com vistas a transformar para qualificar. Ser sujeito que pensa, expõe seu pensamento para o coletivo, objetiva-se no cotidiano de trabalho.

Sabe-se que os processos de capacitação são extremamente necessários para uma assistência de qualidade, visto estar o conhecimento na área da saúde, em constante evolução. Em qualquer setor está manifesta essa necessidade, porém, na UTI, que é uma unidade com diferentes especificidades e que se caracteriza pela gravidade dos sujeitos internados, tal questão é premente de atenção, tanto no intuito de preparar o trabalhador para iniciar seu processo de trabalho nessa unidade, quanto no intuito de constituir-se em um processo contínuo no cotidiano de trabalho.

Os trabalhadores destacam a falta de “treinamento” quando do ingresso na UTI, como produtora de desgaste. São dois os enfoques apreendidos das colocações dos trabalhadores: o estresse gerado no trabalhador que inicia suas atividades na UTI sem um “treinamento” prévio, e o estresse provocado no grupo quando da admissão de um trabalhador sem “treinamento”, pela demanda de acompanhamento de suas ações de trabalho.

Há o relato praticamente unânime quanto ao desgaste provocado pela não

capacitação prévia diante da iminência de trabalho nessa unidade. As falas destacadas a seguir, ilustram esse enfoque:

*Não tive treinamento. Fui jogada, lançada, caí de pára-quedas no meio. Não existiu um treinamento. Acho importante que aconteça um treinamento, porque a gente não conhece tudo. Fui aprendendo, aprendi. Fui lançada. O [colega] me ensinou um monte de coisas... tudo aprendi dele, pedi para ele me explicar tudo, como funcionava. Fui aprendendo. Acho que seria legal um treinamento, principalmente para quem entra saber mexer nas coisas, as rotinas e tudo mais. A primeira semana e o primeiro mês para mim foi complicado aqui dentro, depois não (E6 – HU).*

*Tu és colocado e não tens treinamento. Vamos supor, tu passas dois plantões lá dentro para observar como funciona a rotina. Não, a pessoa já entra no pique. Se tu entras e tiver três ou dois funcionários, tu és o terceiro e tem uma parada, tens que entrar correndo. Só que esses aparelhos tu não tens conhecimento. O respirador, o pessoal não conhece, não sabe diferenciar o respirador quando está apitando, de uma bomba de infusão (A5-HU).*

*Vim para cá. Aí me propuseram fazer, até porque sabiam que eu não tinha [experiência], um treinamento, quinze dias de treinamento. Só que eu vim no primeiro dia de treinamento de manhã e me disseram que eu começasse naquele dia mesmo à noite! E fui largado dentro da UTI e não tive preparação para mexer com respirador. Na faculdade tu não tens essa preparação; dificilmente tu pegas PAM [Pressão Arterial Média] na faculdade; dificilmente tu vais ver PVC [Pressão Venosa Central] (E4-HF).*

A UTI é uma unidade com especificidades diferenciadas das demais unidades de internação, principalmente no que se refere aos equipamentos de tecnologia de ponta, que rotineiramente inexistem em outras unidades. E o que mais aparece como preocupante para o desempenho nas UTIs, é exatamente o manuseio de tais equipamentos. Não conseguir interpretar um alarme que dispara, não saber manipular um equipamento que mantém a ténue vida de alguém, saber que um simples toque equivocado pode colocar em risco a vida são exemplos do que provoca medo nos trabalhadores. Medo do desconhecido, medo de ser incompetente, de não conseguir compreender, em curto espaço de tempo, o que precisa ser compreendido. Sem esquecer de que o desconhecimento e o medo estão permeados de situações de urgência, onde a presteza e a eficiência no agir determinam a qualidade de vida do sujeito do cuidado.

Dejours (2003, p.31) expressa que certas situações tecnicamente complexas no cotidiano de trabalho, que podem colocar em risco a segurança de pessoas ou instalações, geram angústia e sofrimento no trabalhador, “[...] tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar convenientemente situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade”.

No trabalho da enfermagem em UTI, essas situações potencialmente geradoras de insegurança para outros, são costumeiras, o que se traduz em produção de desgaste para os trabalhadores, em especial, quando eles não dominam tais situações. É nesse sentido que os trabalhadores manifestam a necessidade de “treinamentos” para que possam ter o conhecimento mínimo para agir com segurança diante do novo, garantindo para si e para o outro a produção da saúde.

Outro enfoque citado pelos trabalhadores quanto à admissão sem capacitação, reside no fato de quanto é difícil para os demais componentes da equipe manter um acompanhamento contínuo do colega, em meio a tantas ações que já compõem seu cotidiano de trabalho. Os trabalhadores mais antigos, ao exercitarem o acolhimento, têm a preocupação com o bem-estar do colega, mas, e prioritariamente, com o resultado das ações direcionadas aos sujeitos do cuidado, uma vez que a falta de conhecimento sobre a unidade e sobre o processo de trabalho nela realizado pode levar a prejuízos na qualidade da assistência.

Esse enfoque foi mais enfatizado pelos trabalhadores do hospital filantrópico, provavelmente porque estavam em momento de mudanças importantes na equipe de enfermagem. Durante a observação de campo foram freqüentes as colocações dos trabalhadores quanto à necessidade de que os “novos” passem por um processo de capacitação, antes de iniciar seu trabalho.

*Acho que desgasta mais a parte psicológica, a cabeça. Saio super cansada, porque tu ficas em função de ti e dos outros. No fim, tens que assumir os outros pacientes também, as pessoas novas, fica tudo difícil (T2-HF).*

*E até porque tu não sabes: daqui a pouco elas se enganam e fazem alguma coisa errada e o estresse que vai dar em cima disso é bem grande (E2-HF).*

*Porque está pegando nas gurias novas, porque elas [as enfermeiras] não estão treinando, nós é que temos que dizer como funciona. Deveria ter um treinamento. Não nós. Além de estarmos fazendo o nosso serviço, ainda temos que estar ensinando a pessoa que é nova e já chega direto para assumir*

*paciente. Ela não assume, porque a gente não deixa, mas pega direto, sem treinamento nem nada e não vão fazer treinamento. Além dos teus pacientes, tem que cuidar os dela também e estar junto com ela para ir aprendendo, devagar, explicando. E isso fica difícil (A1-HF).*

*Quando chega funcionário novo na equipe... A equipe está acostumada a trabalhar em um ritmo e chega um funcionário novo, toda a equipe tem que se disponibilizar para ajudar aquele colega. Todo mundo chega aqui sem saber fazer nada. É errado. Acho que deveria ter um treinamento; a gente deveria ter passado por um treinamento. Tudo o que aprendi foi graças às colegas daqui da minha equipe e tudo o que os outros colegas que chegaram aprenderam, foi conosco. E é errado isso. Tem que haver um treinamento. Tem que haver uma capacitação (T4-HF).*

O processo de educação permanente nos hospitais estudados é visto pelos trabalhadores como um conjunto de ações formais a serem executadas pelo serviço existente com esse fim em momentos previamente definidos. Ao serem questionados sobre a discussão de assuntos, dúvidas ou ações educativas desenvolvidas na própria UTI, ou seja, no cotidiano de trabalho, como a troca de conhecimento ocorrida no próprio momento do fazer, responderam que raramente existem momentos de discussão na unidade.

Durante as observações foi possível perceber que os enfermeiros interagem com a equipe em momentos de dúvidas, mas não existem atividades programadas ou momentos específicos, no processo de trabalho, em que ações educativas sejam efetivadas.

A função educativa do enfermeiro, em seu trabalho, parece estar marginalizada, sem espaço. No entanto, o processo de educação permanente se faz imprescindível no trabalho da enfermagem, no ambiente onde sua prática é desenvolvida. Assim sendo, é preciso deslocar o foco das ações educativas do serviço de educação permanente apenas, como se toda e qualquer ação dessa monta estivesse única e exclusivamente a cargo desse serviço, para entendê-las como componentes do processo de trabalho da enfermagem.

O objeto de trabalho do processo educativo, assim pensado,

não pode ser simplesmente um corpo, uma consciência, ou uma consciência encarnada num corpo. Qualquer destes 'objetos' só faz sentido no cotidiano da vida de cada homem e da sociedade como um todo. Cotidiano que é prático,

concreto, material, mas também é idéia, sensação, reflexão. Cotidiano que mesmo contraditório e mesmo impondo limites ao homem, não pode ser excluído, porque é nele que se realiza o homem e através dele pode o homem desenvolver-se enquanto indivíduo genérico (RAMOS, 1999, p. 35).

É necessário, portanto, ir além da educação formal que transmite conhecimentos sem a participação ativa do trabalhador, ou seja, é necessário transcender a simples aquisição de conhecimentos, para encontrar a produção coletiva do conhecimento embasada na práxis humana, como articulação da ação-reflexão-ação e “possibilidade de superação do cotidiano a partir dele próprio” (RAMOS, 1999, p. 35). Ao considerar a práxis no processo de educação permanente, a criatividade do trabalhador estará ganhando espaço para se exteriorizar, para ser colocada em ação. Essa ação pode transformar a realidade e o próprio sujeito trabalhador. É uma ação que produz a sua saúde no trabalho.

Rocha (2003), embasada nos fundamentos de Laurell e Noriega (1989) sobre a influência do modo de produção na saúde do trabalhador, salienta que a negação da criatividade do trabalhador no trabalho faz com que ele se torne destrutivo e não potencializador das capacidades humanas dos trabalhadores. Assim sendo, produz o desgaste no trabalhador que não tem espaço para se mostrar.

A criatividade aguça a capacidade crítica do trabalhador, a curiosidade que move no sentido de ir além do rotinizado para encontrar a diferença, o novo. Aguça o despreendimento do conhecimento existente em busca da produção de um conhecimento que nunca se esgota, que é inacabado, do mesmo modo que o sujeito é inacabado, histórico, portanto, em constante formação e transformação, a exemplo da própria história.

Freire (2002, p. 31), ao fazer referência à historicidade do conhecimento, diz que, “ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro que antes foi novo e se fez velho e se ‘dispõe’ a ser ultrapassado por outro amanhã”. Sabendo-se da inconclusão do conhecimento, de sua historicidade que lhe dá a característica de transcendência, cabe aos trabalhadores, imbuídos da criatividade inerente ao sujeito, buscar a superação dos métodos ou formas em que o processo de educação vem sendo trabalhado nos hospitais pesquisados.

A educação permanente, hoje, é mais do que uma necessidade institucional. É

uma política pública para a formação e o desenvolvimento no âmbito do SUS, com ênfase na interação e participação dos trabalhadores, gestores e sujeitos do cuidado nas relações cotidianas de produção da saúde.

Torna-se fundamental, neste momento, trazer à tona a emergência de se pautar o processo de educação permanente em uma integração contínua e crescente entre as instituições formadoras de profissionais da saúde e as instituições onde a assistência é prestada. A integração dos espaços de formação e atuação aproxima a teoria e a prática, o conhecimento e a ação, criando espaços novos onde trabalhadores e futuros trabalhadores estejam engajados em propostas de mudança direcionadas para a realidade existente.

Nesse sentido, Mendes e Marziale (2006, p.304) salientam que,

ao favorecer e promover uma efetiva interação entre instituições formadoras de Recursos Humanos e os próprios serviços de saúde, convergindo o ensino para a realidade do trabalho na saúde, os atores envolvidos exercitam e incorporam os princípios da equidade, da universalidade do acesso e de integralidade das ações.

O exercício e a incorporação desses princípios nas ações cotidianas da saúde já é o início das mudanças tão necessárias no setor, de forma a intervir na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e dos sujeitos do cuidado. Para Freire (2002, p.110), “a educação é uma forma de intervenção no mundo”. E é essa intervenção que confere eticidade ao conhecimento. O conhecimento existe para mudar o sujeito e o mundo ao seu redor. Na produção e reprodução do conhecimento, na troca de conhecimentos e experiências no cotidiano de trabalho, reside, em parte, a ética do compromisso com a produção da saúde do sujeito do cuidado e dos trabalhadores.

O conhecimento possibilita a crítica e a crítica abre um leque de possibilidades. Novamente, o conhecimento permite a escolha dentre as possibilidades. A escolha pressupõe a ética, que traz em seu bojo a finalidade a que se destina o trabalho em saúde. Assim, o conhecimento e a ética favorecem aos trabalhadores transformar o necessário e pensar no ainda impensado, visando elevar o trabalho, dar beleza ao fazer refletido, transcender o existente para pautar o trabalho na possibilidade eticamente

vislumbrada como concreta e como mais acertada para determinado momento.

Conforme diz Vázquez (1986, p. 192), “se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é, e se, por outro lado, aceitasse sempre a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se. O homem age conhecendo, do mesmo modo que se conhece agindo”.

Pelo exposto até agora, é possível inferir que o processo de educação permanente no trabalho tem fundamental importância e relevância para o trabalho e o trabalhador, uma vez que pode ser potencializador da produção do desgaste quando inexistente, ou pode contribuir para a produção da saúde quando se constitui em um espaço que permite a expressão da subjetividade do trabalhador.

## **CAPÍTULO 7**

### **OS MÚLTIPLOS SUJEITOS E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO SUJEITO**

Seria utopia pensar em produção de saúde do trabalhador em um cenário em constante transformação e onde a alienação do trabalhador é colocada como uma categoria significativa no processo de trabalho no modo de produção capitalista?

Seria esperançoso demais acreditar que o trabalhador pode expressar sua subjetividade em seu trabalho cotidiano de forma a produzir sua saúde?

Seria quimera supor que os trabalhadores, através da ação coletiva, podem transformar o mundo do seu trabalho, a lógica que conduz sua organização, para que percorram caminhos em direção à produção da saúde?

Seria sonho esperar que o trabalhador, com o conhecimento que possui sobre o seu trabalho e com a liberdade que possui como ser humano, se mobilize individual e coletivamente para superar o “prescrito”, o instituído, em busca de um trabalho que lhe traga felicidade, prazer e saúde?

As respostas estão, em parte, nos próprios trabalhadores, na forma como se organizam, na forma como desenvolvem suas ações e suas relações no trabalho e como expressam suas subjetividades. Subjetividades estas que se manifestam através de atitudes, frases, palavras soltas, olhares de cumplicidade, olhares de reprovação, silêncios. Por vezes, tais manifestações tendem a passar despercebidas; por vezes, falam mais do que qualquer palavra.

Existem as brincadeiras, o momento do lanche, as risadas, as comparações pejorativas entre artistas e trabalhadores. Existem as fugidinhas rápidas para buscar material: “Que bom sair um pouco!”. Por outro lado, existem trabalhadores que reclamam das saídas necessárias.

Existe o cuidado de um para com o outro: “Não esquece a luva”, “Cuidado com

o sangue”, “Deixa que eu te ajude, pois ele é pesado”. Entretanto, alguns permanecem sentados, enquanto o colega realiza suas atividades, incessantemente. Existe o trabalhador que pede ajuda e existe aquele que se nega a pedir, alegando que estão “vendo” sua necessidade. Existe o momento de abstração total: “Onde estavas? Viajando?”. Tem a preocupação com o filho do outro que está doente, com o marido que chama ao telefone. Existem momentos de total indignação com a falta de material, com os equipamentos que não funcionam adequadamente. Em contrapartida, existe a falta de mobilização coletiva para mudar a situação existente.

Outra parte responsável pela tentativa de responder àquelas perguntas é a realidade do mundo do trabalho, a organização do mesmo no cenário nacional, institucional, local; a importância que o trabalhador tem e que o trabalhador se dá nessa organização prescrita e pensada muitas vezes sem sua participação ativa.

Nesse movimento dialético constante de diferentes subjetividades na UTI, no transcorrer da realidade igualmente dialética, os trabalhadores, como força coletiva, como sujeitos que constroem sua história, podem agir sobre a realidade onde estão inseridos, transformando-a.

Segundo Kosik (2002, p. 22,23) o ser humano, diante da realidade, é um ser ativo, que age sobre ela, podendo modificá-la. É ele quem a cria; portanto, é ele quem pode influenciar em sua mudança.

[...] a realidade pode ser mudada de modo revolucionário só porque e só na medida em que nós mesmos produzimos a realidade, e na medida em que sabemos que a realidade é produzida por nós. A diferença entre a realidade natural e a realidade humano-social está em que o homem pode mudar e transformar a natureza; enquanto pode mudar de modo revolucionário a realidade humano-social porque ele próprio é o produtor desta última realidade.

Sabe-se que a influência que o ser humano pode exercer sobre a realidade - neste estudo sobre a realidade de trabalho - tem uma série de limitações impostas pelo cenário político, econômico, social, enfim, pelo cenário onde o trabalho se processa e se insere. Mas o trabalhador, como sujeito, pode e deve intervir na realidade, enquanto sujeito que a conhece, que nela se insere, que com ela e nela age, e que com ela se

relaciona.

Kosik (2002) também afirma que

a atitude primordial e imediata do homem, em face da realidade, não é a de um abstrato sujeito cognoscente, de uma mente pensante que examina a realidade especulativamente, porém, a de um ser que age objetiva e praticamente, de um indivíduo histórico que exerce sua atividade prática no trato com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a consecução dos próprios fins e interesses, dentro de um determinado conjunto de relações sociais (KOSIK, 2002, p. 13).

Ao estabelecer as relações sociais, os sujeitos trabalhadores socializam suas expectativas e necessidades. Dessa forma, os fins e interesses, a princípio individuais, uma vez socializados, podem emergir do grupo como fins e interesses coletivos, movendo-os na busca pela sua concretização no processo de trabalho. Nesse sentido, as subjetividades individuais objetivadas tornam-se subjetividades coletivas, que podem suscitar ações coletivas propulsoras de transformações.

Buscando identificar as ações dos trabalhadores que se aproximam da produção de sua saúde ou que são potencializadoras de desgaste, durante os períodos de observação, foi direcionado e priorizado o olhar para as formas de expressão das diferentes subjetividades dos sujeitos trabalhadores, quando em ação, quando em reação e quando estabelecendo as relações interpessoais.

Sabe-se, no entanto, que

cada coisa sobre a qual o homem concentra o seu olhar, a sua atenção, a sua ação ou a sua avaliação, emerge de um determinado todo que a circunda, todo que o homem percebe como um pano de fundo indeterminado, ou como uma conexão imaginária, obscuramente intuída. Como o homem percebe os objetos isolados? Como únicos e absolutamente isolados? Ele os percebe sempre no horizonte de um determinado todo, na maioria das vezes não expresso e não percebido explicitamente. Cada objeto percebido, observado ou elaborado pelo homem é parte de um todo, e precisamente este todo não percebido explicitamente é a luz que ilumina e revela o objeto singular, observado em sua singularidade e no seu significado (KOSIK, 2002, p. 31).

Múltiplos são os sujeitos envolvidos no processo de trabalho da enfermagem,

com subjetividades próprias e com certa submissão à subjetividade moldada, institucionalizada que, por vezes, intimida os trabalhadores e, por vezes, impulsiona-os à mudança.

Para que a produção da saúde desses múltiplos sujeitos trabalhadores seja uma realidade, faz-se necessário que eles a identifiquem como uma necessidade, objetivem-na em suas ações cotidianas de trabalho, mediadas pelas relações com os demais sujeitos do trabalho e do cuidado. Assim sendo, o trabalhador poderá, unificando no seu fazer e no seu pensar suas diferentes dimensões como ser único, singular, indivisível, agir na perspectiva da produção da saúde do outro e da sua.

Mantendo o movimento dialético da parte para o todo e do todo para a parte, será apresentada, a seguir, a concretude das abstrações possíveis, a partir das observações feitas e das falas dos trabalhadores, no que se refere às múltiplas dimensões desses sujeitos. Diferentes, complementares e interdependentes são dimensões que compõem o sujeito. Neste estudo, as dimensões que adquirem destaque estão na dimensão do sujeito trabalhador em **relação**, do sujeito trabalhador em **ação** e do sujeito trabalhador em **reação**.

## 7.1 O Sujeito Trabalhador em Relação

Nos hospitais são estabelecidas verdadeiras redes de relações, nas quais diferentes trabalhadores, com histórias pessoais, experiências, culturas, singularidades, enfim, condições de vida diferenciadas, permanecem como que conectados, interligados por uma mesma finalidade, por um mesmo objeto de trabalho, mas constituindo-se em espaços próprios na construção dessa rede. Todos e cada um têm participação na sua tecedura, cada qual tecendo de acordo com suas habilidades, com a estética que espera observar, com os instrumentos de que dispõe e na dependência da tecedura do outro, mantendo a ética necessária ao desenvolvimento de um trabalho coletivo.

O cotidiano hospitalar da enfermagem é assim constituído: um conjunto de relações interpessoais que dão forma e vida ao trabalho. Essas relações podem gerar

“sujeitos-sujeitados” (ROSA, 1994), ou seja, sujeitos que docilmente se colocam diante do trabalho prescrito, cumprindo cada “prescrição” de ações à risca, sem questionamentos ou exposições de si, diferentemente do que seriam os sujeitos-revolucionários, que questionam, enfrentam, modificam, fazem e se refazem, mostram-se diante do coletivo, objetivando imprimir sua subjetividade no contexto de trabalho onde estão inseridos.

No momento em que estabelecem relações interpessoais, os sujeitos têm a possibilidade de coletivizar suas subjetividades, de manifestar seu interior. E no encontro intersubjetivo com o outro, na construção da intersubjetividade, torna-se sujeito para além de um fazer mecânico estabelecido *a priori* para ser sujeito de relações e ações transformadoras.

É a partir do reconhecimento das implicações das relações interpessoais no trabalho que se resgata a subjetividade e a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, não descartando seu envolvimento com outros aspectos da vida cotidiana, como a política, a economia, a arte, suas crenças, seus valores (CAPELLA, GELBCKE, MONTICELLI, 2002, p. 14).

Por longo tempo e ainda hoje, a sociedade capitalista teve e tem seu foco centrado muito mais na produção em seu aspecto financeiro, do que no processo de trabalho em si ou na força de trabalho enquanto composta por seres humanos, sujeitos sociais e multidimensionais.

Segundo Leite e Ferreira (2002, p.18),

o mundo do trabalho passa atualmente por profundas transformações onde, seja no setor público ou privado, torna-se cada vez mais claro o fato de que a qualidade buscada nos serviços é indissociável das condições e da qualidade das relações humanas no ambiente profissional e institucional.

Campos (1997, p. 250) afirma que “o trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo”, e que a defesa da vida e a produção da saúde devem ser o fundamento, o impulso que norteia e que mantém vivas essas relações no trabalho. O reconhecimento de que as relações que se processam no trabalho estão na

base da construção da subjetividade do trabalhador no trabalho, visto possibilitar (ou não) o aflorar da singularidade do sujeito no coletivo onde se insere, fez com que tais relações fossem analisadas nas interfaces a seguir descritas: trabalhador com equipe de enfermagem; trabalhador com equipe de saúde; trabalhador com equipe de apoio e chefias; e trabalhador com sujeito do cuidado e familiar.

A enfermagem tem uma característica própria de desenvolver suas ações em equipe, formada por categorias profissionais com saberes diferenciados, respeitando uma hierarquia que os próprios saberes instituem. Internamente, a enfermagem lida cotidianamente com as relações de poder, perpassadas pelos saberes específicos e pela divisão histórica entre quem pensa e quem executa o trabalho. Apesar de seu trabalho estar assim organizado, o sentido de trabalho em equipe parece ganhar uma conotação que, dialeticamente, transita entre “equipe agrupamento” e “equipe integração” (PEDUZZI, 1998, 2001).

Na primeira modalidade, equipe agrupamento, ocorre a “justaposição de ações e o agrupamento de agentes”, num desenrolar de ações desenvolvidas de forma fragmentada. Na segunda modalidade, equipe integração, ocorre “a articulação das ações e a interação dos agentes”. Essa articulação é entendida a partir “das situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas” (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Salienta, ainda, que nas duas modalidades estão presentes

as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (PEDUZZI, 2001, p.106).

Campos (1997, p. 248), ao refletir sobre as equipes de saúde como base principal da reorganização dos serviços de saúde, defende a idéia de que a especialização das profissões é necessária para manter a identidade profissional. No entanto, reconhece que “especializar-se implica sempre recortes verticais no saber

(área de competência) e na prática (área de responsabilidade)”. Diante dessa polaridade, lança o desafio de combinar graus de polivalência com certo nível de especialização. Sugere, para tanto, uma aplicação, na prática, dos conceitos de Campo e Núcleo de Competência e de Responsabilidade.

Núcleo seria o conjunto de saberes e responsabilidades próprios de cada profissão ou especialidade, e Campo seriam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Campos (1997) acredita que, dessa forma, as equipes teriam mais autonomia sem prescindir da responsabilidade de cada um na defesa da vida da população.

A fala de um dos trabalhadores ilustra a reflexão feita por Campos.

*É uma questão da enfermagem saber respeitar a sua identidade profissional e respeitar a identidade profissional dos outros. Embora o nosso núcleo de saber, digamos que de todos seja saúde, todos trabalhamos com saúde, nós temos uma identidade que nos dá funções específicas, um pensamento científico, clínico e é dentro desse saber que a gente tem que trabalhar, no meu entendimento (E4-HF).*

Para além das especializações, o trabalho em equipe requer articulação das ações e a superação da cristalização dos saberes, apenas em determinadas áreas específicas. Isso envolve, sem dúvida, que as relações estabelecidas no interior de cada profissão e entre elas superem as tão historicamente estabelecidas relações de poder, de forma a dar espaço para a construção e expressão das diferentes subjetividades.

A partir destas reflexões, questiono: Como estão sendo estabelecidas as relações de trabalho na equipe de enfermagem e na equipe de saúde? São relações que aproximam as equipes de “agrupamento” ou de “integração”?

Como os trabalhadores se vêm nas relações que estabelecem com os trabalhadores que compõem as demais equipes de apoio? E com os sujeitos do cuidado e seus familiares? E nas equipes onde se inserem?

Essas relações estão produzindo sua saúde ou seu desgaste? Em que momentos/situações produzem saúde e em que momentos desgaste?

### 7.1.1 Em relações com a equipe de enfermagem

Os trabalhadores dos dois hospitais estudados, de um modo geral, referem existir um **BOM RELACIONAMENTO** entre os membros da equipe de enfermagem, pautado na **união da equipe** no mesmo turno, na preocupação de uns com os outros, no sentido do desenvolvimento de um trabalho cooperativo.

*Com o pessoal da enfermagem me dou super bem. Desde quando entrei fui bem recebida por todo mundo. Procuro me dar bem com todos. Até agora não tive nenhum conflito (T8-HU).*

*Nossos pacientes são dependentes. Então, a gente nunca faz com que um colega se sobrecarregue mais que o outro. Acho isso importante (T4-HF).*

*Hoje mesmo está faltando um funcionário, mas a equipe é boa. Agora a gente vai completar o que falta e vai dar de trabalhar bem. Modéstia parte a nossa equipe é boa de trabalhar bem, a nossa equipe é boa de trabalhar, todo mundo pega junto quando tem que pegar, ri junto, chora junto, faz tudo junto. É muito engraçado (A2-HF).*

Apesar de todas as dificuldades existentes - falta de pessoal, de material - os trabalhadores percebem a importância de um bom relacionamento para que o produto do trabalho seja de qualidade e para que esse ambiente torne-se agradável. Salientam que o ambiente de uma UTI já é extremamente desgastante por si só, sendo necessário que exista qualidade entre eles, traduzida em harmonia, bem-estar, solidariedade, cooperação, para que essa qualidade se manifeste através de suas ações de trabalho. Existe, ainda, o cuidado de um para com o outro, o que auxilia na produção da saúde do trabalhador.

Ficou evidente nas observações, como explorado anteriormente, que os trabalhadores de enfermagem dedicam pouca atenção ao cuidado de si, tanto no ambiente de trabalho como fora dele. Nesse sentido, o cuidado de uns para com os outros vem preencher, em parte, essa lacuna existente. Aquele cuidado que faz lembrar da luva, que faz perceber o sangue, que chama a atenção para o esforço exagerado, é um carinho que se estabelece entre a equipe e que faz o trabalhador sentir-se cuidado pelo outro.

*As gurias falam para eu colocar as luvas. Estão sempre me vigiando. É que vou tanto na intenção de ajudar, que me esqueço de colocar. É errado da*

*minha parte? É. Mas é uma correria. Quero ajudar e já coloco as mãos, mas as colegas sempre chamam a atenção. O paciente HIV, as gurias falam para ter cuidado. Ai coloco as luvas. Aqui tem isso: ‘Sem luva, olha aí’ (T7-HU).*

Durante as observações feitas, foi possível perceber que o trabalho desenvolvido de forma cooperativa, com ajuda mútua, preocupação com o colega que está realizando suas atividades é mais perceptível e intenso no hospital filantrópico, em todos os turnos de trabalho. Dificilmente observa-se um trabalhador “sentado”, enquanto um colega trabalha. Existe uma preocupação com a sobrecarga de trabalho do colega.

Outro fator que embasa o bom relacionamento entre a equipe é o sentimento de **amizade** que permeia as relações.

*É uma relação de amizade, de conforto. O bom de trabalhar aqui é amizade que a gente tem (E2-HF).*

*Se tu trabalhas de bem com todas as tuas colegas, não têm birras, nem pontinhas com algumas, trabalha bem melhor. É a mesma coisa que em casa: se estou bem em casa, venho tri feliz trabalhar; agora, se não está, é lógico que a gente não mistura as coisas, mas sempre tu vens mais chateada para o trabalho. E tu te dando bem com todas as gurias, procuro me dar bem com todas, a gente trabalha tri bem, mais animada; com a ajuda de todas, tu chamas e elas vêm; te ajudam com boa vontade; não tem aquela picuinha, aquela coisa; acho horrível num trabalho; nunca deveria ter. Sempre me dei bem com todas as minhas colegas (A1-HF).*

*Eu acho, já escutei que eu levo muito para amizade, mas acho que a gente tem que se unir, fazer um bom relacionamento. Já é um ambiente pesado (E1-HF).*

*O que promove mais a minha saúde é o ambiente familiar que temos aqui. Todos se dão super bem. Conseguimos conversar de igual para igual. Se tem os momentos de lazer, de brincadeiras, de bobagens (E5-HU).*

Certamente, o convívio intenso entre os membros da equipe em um ambiente fechado propicia que esse sentimento seja cultivado entre eles. A convivência diária cria certa “cumplicidade” que os aproxima, que os faz dividir os problemas pessoais, que os faz se protegerem em certas situações, evitando conflitos.

Em estudo desenvolvido por Rosa (1994) com os trabalhadores em um espaço

fabril, ficou evidenciado que os trabalhadores, pelo tempo que permaneciam no trabalho, deslocavam (sem substituí-las) as relações interpessoais e o convívio com os familiares, para o espaço da fábrica, estabelecendo relações de amizade importantes nesse espaço.

É o espaço do locus de trabalho apropriado como espaço privado pelos trabalhadores, vivenciando-o como um segundo lar, graças a esse deslocamento. Os trabalhadores (re)inventam o espaço de trabalho enquanto espaço privado (familiar) [...](ROSA, 1994, p. 68).

O local de trabalho é percebido, por certos trabalhadores, como uma extensão das relações de amizade. É interessante como em determinados momentos os olhares se cruzam e o entendimento acontece. Apesar do ambiente da UTI ser extremamente agitado, com inúmeras ações a serem desenvolvidas, existem os momentos em que as conversas fluem, mesmo durante a realização de alguns procedimentos, criando afinidades que permanecem além dos muros institucionais.

Ao mesmo tempo em que o relacionamento diário, contínuo, aproxima os trabalhadores com afinidades semelhantes, por outro lado, promove o afastamento ou a convivência estritamente profissional, quando os interesses diferem. No hospital universitário, uma das trabalhadoras relatou que a equipe de trabalho tem procurado realizar encontros fora do ambiente de trabalho, com periodicidade mensal, para conversar, relaxar, sem que seus familiares os acompanhem. Aproveitam esses momentos para conversar sobre conflitos profissionais, estratégias de ação para melhorar o trabalho, sobre os problemas de cada um, enfim, sobre suas vidas. De acordo com ela, isso tem ajudado, em muito, na melhoria das relações entre o grupo.

*Uma coisa que nós tentamos aqui, não todos, é uma vez por mês, sair, comer uma pizza, tomar uma cervejinha, para rir, descontrair. Parece que dá uma melhorada no ânimo, pois, quando encerramos o mês, estamos tensas, com as dificuldades do trabalho. Sai num grupo de quatro, cinco, seis, damos umas risadas, comemos algo e até expomos dúvidas que ficaram, intrigas, uma palavra mal colocada. Daí fica tudo bem. No outro dia, a gente vem trabalhar para cima, faceiras, parece que te renova. Isso é bom porque o dia-a-dia para trabalhar aqui é pesado. Às vezes, no final do mês estamos carregados. A situação da UTI nesse momento é um pouco tensa, em relação aos pacientes, ao grupo de funcionários. Tem alguns com doenças, outros afastados, outros com licença para chegar mais tarde que estão estudando e o grupo que fica é bem menor. Os pacientes no momento requerem muito da gente: são pesados,*

*estão em coma, estão sedados, é troca de decúbito e não tem aquela ajuda e isto te desgasta muito. Este mês foi bem pesado. Então, estou precisando sair e colocar as tensões para fora. Tem que sair com o pessoal daqui, não adianta ser com o pessoal de fora, pois a gente sai, conversa, a gente expõe o que está magoando, pesando no dia-a-dia, o que estava acumulando. Isso faz bem, me relaxa (A6-HU).*

Essas “saídas” constituem-se em estratégias coletivas encontradas pelos trabalhadores para lidar com o desgaste ou o sofrimento que advém do cotidiano de trabalho. Dejours (2003, p.35) denomina essas estratégias de “‘estratégias coletivas de defesa’ que são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho”. Afirma que

as estratégias individuais de defesa têm papel importante na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência na violência social, visto que são de natureza individual. A psicodinâmica do trabalho descobriu também a existência de estratégias coletivas de defesa, que são estratégias construídas coletivamente. Se, mesmo nesse caso, a vivência do sofrimento permanece fundamentalmente singular, as defesas podem ser objeto de cooperação. As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2003, p. 103).

Aprender a conviver ou viver em comum não é tarefa das mais fáceis. É um exercício diário, é uma conquista diária, principalmente nas UTIs, onde o trabalhador está cotidianamente convivendo com situações de risco, com a morte, a dor do outro, o sofrimento, o afastamento da família, precisa ter rapidez na tomada de decisões envolvendo a vida, relação com equipamentos de tecnologia de ponta, enfim, com diversas situações estressantes, que mantêm o trabalhador no limite de suas resistências físicas e emocionais (GONZÁLES e BECK, 2002; MARTINS e FARIAS, 2002). O convívio com as diferenças pessoais, diante desse cenário, exige um despreendimento de si, que nem sempre acontece em um clima favorável.

Os trabalhadores reconhecem o **respeito às diferenças** como essencial para um

bom relacionamento e para a realização de um trabalho coletivo.

*É uma equipe. Somos muito unidos. Todos nós temos pensamentos diferentes, mas, na hora do trabalho e de cumprir as tarefas, a gente vê o que é melhor para todos, principalmente no sentido de saúde, esforço físico (T4-HF).*

*Falando pelo meu turno, o nosso turno é muito bom, a nossa turma fecha direitinho. Às vezes, surge alguma coisinha, pois somos diferentes; mas uma mínima coisa. Não é que nem em outros lugares que às vezes dá divergência. Mas a gente é muito unido, sempre deu certo. A nossa equipe é muito boa, até agora (A4-HU).*

*Sempre tento ser um pouco brincalhão, deixar descontraído, porque eu vejo a UTI um ambiente pesado e, se não descontrair, tu acabas absorvendo este ambiente. Então, faço brincadeiras com todo mundo. Quando vejo que há divergências de um com outro, brinco com os dois. Na enfermagem, tu acaba se desentendendo com um, se decepcionando com outro, mas eu tento aceitar cada um de seu jeito (T5-HU).*

No entanto, nem todos conseguem lidar com as diferenças de cada um de forma tranqüila. Uma das entrevistadas refere o quanto essas relações lhe provocam desgaste, cansaço. Por vezes, a forma de agir de um trabalhador não é entendida e nem aceita pelo outro.

*Favorece mais ao meu desgaste, ultimamente com certeza. As pessoas são todas muito diferentes e tu lidares com cada uma é muito complicado. Cada uma a gente tem que tratar de um jeito. Eu sou de um jeito, sou muito de falar o que acho na hora, sou muito de brigar, espernear, de reclamar e as pessoas não sabem, não entendem. Têm horas que eu xingo um monte. Mas não estou xingando a pessoa, mas sim a situação. Sou muito explosiva, e têm pessoas que são muito delicadas e tenho que estar contornando. Tem que levar cada uma de um jeito. Tem horas que isso cansa (E3-HF).*

No hospital universitário, dois trabalhadores consideraram ter havido um estranhamento inicial no relacionamento com a equipe de enfermagem, logo após a admissão, pautado nas diferenças pessoais. Esse estranhamento foi sendo desfeito à medida que houve a construção de uma relação baseada no diálogo, em saber ouvir e calar no momento certo, bem como argumentar os motivos de diferentes condutas.

*De início não foi fácil, foi um pouco turbulenta, mas hoje o grupo se dá super bem. Tem suas divergências como todo mundo. Nem todos pensam igual a ti,*

*mas hoje, se um ou o filho está doente, perguntam se quer ajuda. Eu vejo o grupo assim (T6-HU).*

*Minha relação com a equipe que eu trabalho, passou por vários momentos. Quando eu cheguei, a gente teve um estranhamento. Agora acho que a gente foi se entendendo. A relação foi se modificando. Eles e eu também e hoje em dia a gente tem uma boa relação de trabalho. Gosto de vir para cá, eu gosto de vir para cá. No início, às vezes, ficava cansada e pensava se valia a pena isso, porque, na verdade, tu podes ficar quietinha, não te comprometer e as coisas continuar como estão e azar. Eu faço a minha parte. Só que a minha parte influencia nas outras pessoas. Não sou apenas eu (E7-HU).*

Todo sujeito tem uma singularidade que lhe confere ser diferente, ser único. Assim, a liberdade para expressar sua forma de ser e de ver o mundo pressupõe saber ouvir e saber dialogar para que as diferenças possam ser respeitadas. Diálogo que implica trocas, implica saber falar e saber calar para ouvir o outro, para dar espaço ao outro de manifestar sua individualidade. Freire (2002, p. 127, 128) refere que

somente quem escuta pacientemente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente. Até quando, necessariamente, fala contra posições ou concepções do outro, fala com ele como sujeito da escuta de sua fala crítica e não como objeto de seu discurso.

É através do diálogo que os trabalhadores podem dirimir as diferenças, humanizar as relações entre si, encontrar um ponto de convergência, onde as ações individuais encontrem a força do coletivo, do que é melhor para o grupo. Os espaços dialógicos são espaços de transformações, tanto individuais como coletivas. São individuais no sentido de que as diferentes visões de um mesmo objeto, de uma mesma situação, de uma mesma realidade, quando expressas através da linguagem, mostram, revelam aspectos não percebidos e que têm sua significância no todo. Assim sendo, é possível que a percepção individual, muitas vezes embasada no senso comum e em visões não críticas da realidade, possa ser modificada pelas diferentes percepções que o diálogo possibilita aflorar. São coletivas quando, através da abertura ao diferente, as diversidades, o grupo chega a consensos relativos, a um ponto comum, que é capaz de

transformar não só as percepções individuais, mas criar uma nova percepção coletiva que poderia nortear uma ação mais consciente e que busque a construção da saúde.

O diálogo permite o exercício da democracia no microespaço do trabalho cotidiano, o exercício do ser ético, do ser político, pois é no confronto das diferenças, mediado pela linguagem, pelo diálogo que o ser humano se constrói e constrói sua subjetividade.

Uma das condições que os trabalhadores apontam para que exista um bom relacionamento entre a equipe, para que o trabalho transcorra em um ambiente tranqüilo, harmonioso e alegre, está em **gostar do ambiente** em que se encontram e do trabalho que realizam. Isso se mostrou fortemente nas observações e está expresso em suas falas:

*Tu saís contente, tu gostas do que fazes. A gente chega em casa aliviada, ainda mais quando o ambiente fica legal. Tu estás no ambiente que tu gostas, fazendo uma coisa que tu gostas, tu levavas esse negócio bom para casa (E2-HF).*

*Eu gosto do ambiente de trabalho, não sei trabalhar fora daqui. Dentro do hospital não me vejo trabalhando em outro lugar que não seja na UTI (E5-HU).*

*E UTI é uma coisa que gosto. Gosto de usar os aparelhos, de mexer, ver onde está errado, de consertar, de montar, tenho que botar minha mãozinha ali. É toda uma coisa que eu gosto. É agitado, é incomodativo, não temos enfermeiras às vezes. Temos que brigar com as enfermeiras outras vezes. Às vezes, a gente assume as coisas sozinhas, mas eu gosto daquilo que estou fazendo (T1-HF).*

*Eu gosto muito do que faço, não sei se saberia fazer outra coisa. A gente tem que gostar muito do que faz, para fazer bem feito. Não adianta dizer que gosta só por causa do dinheiro. Meu primeiro salário foi baixo. Então, não é por causa disso (T7-HU).*

Abre-se um parêntese, neste momento, para uma reflexão a respeito da questão salarial, já que foi manifesta nessa fala. Nas entrevistas, apenas dois trabalhadores entrevistados fizeram alusão ao salário como fonte de sofrimento no trabalho. Apesar de ser do conhecimento de todos o quanto está defasado o salário dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais estudados, em especial no hospital filantrópico, a quase totalidade dos trabalhadores não fez referência a esse fato como produtor de desgaste.

O enfoque dado ao salário pelos trabalhadores que fizeram menção a ele está no sentido apresentado na fala de T7, ou seja, salientam que o fundamental não é só o salário, mas desempenhar um trabalho de que gostem, principalmente quando relacionado à área da saúde, onde “se lida com gente doente” (Nota de campo).

Destaca-se um fragmento de outra fala, em que a trabalhadora conta sobre sua recusa a uma proposta de troca de setor, com aumento salarial, levando em conta o quanto gosta e se sente bem na UTI.

*Faz uns dois meses que a Dra. X vem me convidando para ir para o setor X. E eu disse que era difícil ir para um lugar que a gente não sabe se vai gostar. (...) Ela disse que o setor X é mais calmo, mas já estou acostumada com esse pique. Lá eu vou sentar e ficar vendo aquelas máquinas. Acho que não vou me acertar. O meu marido fala que eu vou ganhar o dobro. A instituição vai pagar um salário e os médicos vão pagar outro. E eu olho para ele e digo que nem tudo é o dinheiro. É difícil trabalhares numa coisa que não gostas para receber bem. Sei que o nosso salário está achatado, mas... eu gosto daqui (T1-HF).*

Nos períodos de observação de campo no hospital filantrópico, certas falas deixaram transparecer que os trabalhadores percebem o quanto ganham pouco. Comentavam que queriam muito passar no concurso aberto, à época da pesquisa, para preenchimento de vagas no hospital universitário, pela diferença salarial importante. Mesmo que não verbalizem essa questão por conta das entrevistas, sabe-se que esse é um fator que produz desgaste nos trabalhadores. Se o desgaste estivesse dissociado da questão salarial, não estariam investindo em concurso para troca de instituição.

No entanto, a satisfação pessoal e profissional dos trabalhadores parece, pelo menos para alguns deles, que está a frente do reconhecimento financeiro. Ninguém trabalha sem a recompensa salarial, mas a valorização do trabalho pelo trabalhador mostra-se fundamental. É sentir-se útil, saber-se participante do processo de trabalho, construir-se como sujeito no e do trabalho. Campos (1997, p. 233) reconhece a importância de o trabalhador ser valorizado profissionalmente, sem desconsiderar o fator econômico. Salienta que “os serviços deveriam se constituir em espaços onde os agentes de saúde pudessem reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência”.

Ainda no que se refere às relações estabelecidas com a equipe de enfermagem,

os trabalhadores não excluem momentos ou situações em que vivenciam dificuldades no seu cotidiano de trabalho, as quais, por vezes, provocam desgastes.

Uma das **DIFICULDADES** apontadas por um dos trabalhadores, reside na **competitividade** entre os membros da equipe de enfermagem. Sabe-se que, no mundo do trabalho, a competitividade permeia todas as relações, uma vez que é exigido, cada vez mais dos trabalhadores, que façam a diferença, que sejam capazes de saciar as diferentes necessidades do mercado de trabalho.

A competitividade pode ter um lado positivo, quando vem no sentido de impulsionar a melhora, de estimular o crescimento individual que refletirá nas ações coletivas. No entanto, o sentido que parece ser atribuído pelos trabalhadores traz uma conotação negativa à competição. Está atrelado ao ser mais, ao buscar mais individualmente, independentemente do coletivo.

*Na enfermagem tem muita competição (A3-HU).*

*Tem gente que parece que tem o sabor de se salientar. Acha que se salienta pisando em cima dos outros ou apontando os defeitos e os erros dos outros. Porque todos nós somos humanos. Num plantão tu podes esquecer alguma coisa (E8-HU).*

Nos fragmentos dessas falas, os trabalhadores imprimem a conotação negativa à competitividade. Essa parece ser uma idéia significativa no grupo, principalmente no hospital universitário. A competição, assim entendida, pode conduzir ao individualismo, ao “cada um faz o seu trabalho”. Ao invés de buscar alcançar um resultado coletivo, em que o produto final desponte como tendo emergido do trabalho conjunto entre os diversos atores, acaba havendo uma preocupação com o valor atribuído a cada profissional, com o reconhecimento individual. A equipe de enfermagem não adquire visibilidade, deixando transparecer que existe um conjunto de individualidades que trabalham de forma isolada sem que essas individualidades componham, no todo, um trabalho coletivo.

Trazendo à reflexão a finalidade do trabalho em saúde que é prestar assistência ao sujeito do cuidado ou grupos de sujeitos, percebe-se o quanto é fundamental a realização de um trabalho cooperativo, colaborativo, já que os diferentes

conhecimentos e as diferentes funções são necessários na concretização daquela finalidade. No desenvolver das ações de trabalho na forma de um trabalho coletivo, com o reconhecimento da importância de cada um no todo e com a participação efetiva de cada um e de todos no trabalho, esse ganha visibilidade para além do reconhecimento do sujeito do cuidado, ou seja, o trabalho ganha visibilidade não só pelo produto em si, mas pelo desenvolvimento do processo. Sabe-se que o reconhecimento pelo trabalho realizado é necessário para que exista satisfação no e com o fazer.

Quanto à referida competição, a própria divisão interna do trabalho da enfermagem entre os diferentes integrantes da equipe (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), disposta na LEP, parece propiciar a existência da competição, enquanto busca de reconhecimento, valorização, espaço. A referida Lei oferece os subsídios legais para que tanto a formação como a prática dos profissionais da enfermagem estejam pautadas na lógica do parcelamento e da fragmentação do trabalho.

Além disso, as exigências externas ao microespaço do trabalho e as do próprio trabalho institucionalizado, ambas sustentadas pela política capitalista vigente, acabam induzindo os trabalhadores a esse comportamento, pois a valorização se dá, com maior ênfase, na produção quantitativa. A qualidade do processo em si, do projeto de trabalho, do percurso percorrido para atingir o produto, fica diluída em meio ao tanto que é esperado no final do processo de trabalho.

Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p. 94), ao refletirem sobre a tensão permanente que existe entre o tempo produtivo qualitativo e quantitativo do trabalho, à luz das idéias de Rosa (1994), salientam que

o tempo produtivo quantitativo constituiu-se num tempo abstrato, geral, com valor de troca, enquanto que o tempo produtivo qualitativo refere-se ao resultado do trabalho concreto, particular, ao resultado em si do trabalho, na sua qualidade de valor de uso, que permite a expressão do seu ser trabalhador, da sua singularidade como trabalhador, conferindo significados e sentidos ao seu trabalho.

Se o tempo qualitativo do trabalho produtivo for considerado, provavelmente a competitividade adquira um caráter de força propulsora do trabalho coletivo. Para

tanto, é premente que os trabalhadores reflitam sobre suas ações de trabalho, sobre o potencial existente em cada um e no grupo para produzir mais e melhor, tanto objetivando satisfazer as necessidades do sujeito do cuidado, como as da equipe como um todo. É preciso que os trabalhadores tenham “tempo qualitativo” em seu trabalho para expressar suas singularidades, para se colocar e se mostrar através de seu trabalho.

E o momento ideal, no processo de trabalho, para que essas reflexões ocorram, é na elaboração mental do projeto cotidiano das ações de trabalho, pois o ambiente da UTI nem sempre possibilita a reflexão no momento da realização do ato em si. Ao elaborar mentalmente seu processo de trabalho diário, o trabalhador pode e deve priorizar tempo para reflexão individual e coletiva. O trabalhador, como sujeito no e do trabalho, pode provocar a existência desse espaço de reflexão coletiva, no intuito de melhorar a qualidade da assistência, mas, igualmente, de melhorar as condições que lhe proporcionem saúde no trabalho.

Nos hospitais estudados, a divisão interna (técnica) do trabalho da enfermagem traz outra consequência: confere certo “poder” ao enfermeiro, pela função gerencial que exerce e que lhe é conferida pela própria LEP, legitimada pelas instituições de ensino e pelas instituições de trabalho. Esse aspecto é muitas vezes defendido pelos enfermeiros, mas ao mesmo tempo não é visto de forma positiva pela equipe

*Hoje faço o que posso, procurando não me prejudicar, pois só me prejudiquei. Tive que trabalhar essa parte comigo e deixar os ‘superiores’, como eles gostam de ser chamados - são hierarquia - resolverem, se incomodarem e o que eles mandarem eu acato (A6-HU).*

*Quanto à solicitação da família, a gente tem enfermeiros e passa para eles. O que está ao alcance da gente e nos é permitido fazer a gente faz, mas o que não é, a gente passa para o chefe (T3-HF).*

Em certos momentos, nas observações de campo, ficou claro que os trabalhadores não concordam que determinadas decisões ou situações tenham que, necessariamente, ser compartilhadas com o enfermeiro; mas o fazem por respeito a uma hierarquia histórica, que não ousam transgredir. Isso ocorre quando existe um sentido de “prestação de contas” ao enfermeiro sobre o seu fazer. Como responsável

pela equipe de enfermagem na qual está inserido, o enfermeiro necessita ter conhecimento dos acontecimentos do cotidiano de trabalho para melhor planejar as ações de cuidado e para que possa avaliar o trabalho, mas o enfoque dado pelos trabalhadores é quando essa exigência dá-se naquele sentido.

Por parte dos enfermeiros, não foi observado um comportamento opressor, impositivo ou autoritário. Mas certos trabalhadores de nível médio, em especial do hospital universitário, deixam claro que não participam da tomada de decisões, que são apenas comunicados sobre o que ficou decidido para ser cumprido e o quanto isso os incomoda. Diante de sua não participação, sentem-se desvalorizados, servindo para fazer apenas o determinado. Posturas como essas contribuem para a alienação do trabalhador que, na visão marxista, significa que o sujeito não se percebe como agente ativo no trabalho capaz de interagir com ele.

Ao analisar o distanciamento entre o discurso desses trabalhadores e o comportamento dos enfermeiros, surgem questionamentos como: O que pode estar gerando a percepção dos trabalhadores sobre sua falta de autonomia no trabalho? Estaria essa falta de autonomia e valorização vinculadas apenas ao comportamento dos enfermeiros? Ou poderia estar na dependência de sua própria submissão ao que está institucionalmente posto? Será que em momentos anteriores a esta pesquisa houve a verbalização do que para eles está trazendo sofrimento? Ou no momento em que podem se manifestar, encontram espaço para expor suas opiniões?

Dejours (2003) aponta que muita da submissão dos trabalhadores às exigências do trabalho reside no medo constante do desemprego, que os leva a terem condutas de obediência e até de submissão. Ousa-se fazer com que essa reflexão de Dejours seja mais abrangente, explicando que o medo pode levá-los, não só a obedecer ao instituído, como a não questionar o porquê do rumo de certas ações, que não os satisfaz. Pelo que foi possível observar, esse medo impede a ação transformadora, pois em não havendo diálogo, muitas condutas, ações e até mesmo imposições aparentemente necessárias, não são questionadas e são perpetuadas, sem que o inconformismo e o sofrimento apareçam. Muitas vezes, a própria tradição daquele fazer irrefletido, faz com que seja perpetuado como necessário, sem que realmente o seja.

Outra dificuldade vivenciada pelos trabalhadores nas UTIs é a **descontinuidade das ações** de trabalho entre os diferentes turnos. Existem vários relatos que traduzem essa preocupação dos trabalhadores:

*Eu penso que na enfermagem é continuidade, mas as pessoas não pensam isso. Se um colega de manhã não teve tempo de lavar um material, não me custa, a enfermagem é continuidade; mas encontro nos turnos muita reclamação. É uma dificuldade. E eu sempre afirmo que a enfermagem é uma continuação e as gurias levam para o deboche. Pode acontecer que eu também não consiga fazer. Não vejo problemas em colocar o material para lavar, um soro para repor. Mas tem muito estas disputas: não querer deixar e às vezes tu ouves coisas. Têm estas coisas que causam um pouco de conflito (A3-HU).*

*Num plantão tu podes esquecer alguma coisa. Eu acredito que o nosso serviço é continuidade. Eu não sou o tipo de pessoa de cobrar da colega: ah, por que não fizeste isto? Ah, se não fez, esqueceu. Nós somos continuidade. É claro que, se acontecer todos os dias, nós vamos é conversar. A nossa rotina é essa. Não está acontecendo isso por que? Mas de forma geral eu acho que não deixo muito a coisa fervilhar por esta franqueza que eu tenho de chegar e falar, e se tiver alguma coisa que no meu plantão tiver ficado, sou a primeira pessoa que quero saber. Pode acontecer (E8-HU).*

A própria estrutura organizacional possibilita essa descontinuidade, uma vez que o trabalho da enfermagem apresenta-se dividido em turnos, compostos por pequenas equipes, cada uma com seu estilo e dinâmica de trabalho. Apesar de estarem interligados, é esperado de cada turno o cumprimento de determinadas ações. No entanto, as urgências características das UTIs podem inviabilizar a sua realização, sendo necessário seu repasse a outro turno, o que nem sempre é aceito pelo grupo. Essa não aceitação parece estar respaldada no fato de que, em alguns momentos, esse repasse de ações começa a ganhar um caráter rotineiro, gerando insatisfação e desgaste na equipe.

Ousa-se, novamente, extrapolar o espaço microestrutural da UTI, para encontrar uma provável explicação para essa constante descontinuidade vista no trabalho da enfermagem, como reflexo de um sistema de saúde pautado no modelo clínico biologicista, que orienta as ações da maioria dos trabalhadores da saúde. Nesse modelo, o próprio sujeito do cuidado, objeto do trabalho em saúde, é fragmentado, é analisado em separado pelos diferentes profissionais, cada qual centrando sua atenção

no “aspecto/parte” do ser humano que lhe diz respeito. Ou seja, o médico faz seu diagnóstico clínico-patológico, o nutricionista preocupa-se com os aspectos dietéticos e nutricionais, o fisioterapeuta com as questões relativas aos distúrbios de movimentos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano, sem que haja uma discussão entre os diferentes profissionais, tendo como foco o sujeito como um todo.

Pires (1999, p.35) salienta que o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido de forma compartimentalizada, onde “cada profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias”.

Na equipe de enfermagem existe uma tentativa, ainda que sutil e nem sempre percebida como tal, de formar uma equipe integração. Os trabalhadores estabelecem diálogo sobre os sujeitos do cuidado, sobre as ações a eles direcionadas, e articulam saberes e fazeres. Essa relação é percebida com maior intensidade entre os trabalhadores de um mesmo turno de trabalho. Já na unidade, como um todo, são estabelecidos certos conflitos que reforçam a descontinuidade percebida pelos trabalhadores.

No convívio diário com os problemas próprios da UTI, de uma organização de trabalho pautada no modelo de produção capitalista e da convivência diária entre seres humanos singulares, os trabalhadores de enfermagem dos hospitais estudados, de um modo geral, mantêm uma relação harmoniosa entre a equipe que compõe seu grupo de trabalho. Harmonia no sentido de equilíbrio entre as diferenças e singularidades que oferece ao grupo uma sensação de pertença. Uma harmonia que auto-sustenta o grupo, que faz com que exista uma auto-organização, ou seja, a equipe cria estratégias próprias para gerir seus problemas, lidar com as diferenças, com as características de cada um.

A convivência diária proporciona espaço para a expressão das subjetividades, o que facilita essa auto-organização, pois os trabalhadores vão se conhecendo, se apresentando, mostrando seus limites e suas capacidades. Criam cumplicidades que são entendidas no olhar, em um gesto, no silêncio, cumplicidades que sustentam a vivência de determinadas situações consideradas difíceis de experienciar. Criam uma organização do trabalho em que um sabe o que o outro precisa, ou o que é necessário,

sem que alguém diga. Esse é um dos motivos que os deixa apreensivos, quando ocorrem **mudanças na equipe**.

*E agora, infelizmente, vão ter mudanças e, claro, sempre tem que ter mudanças. Faz parte da vida de todo mundo, só que eu acho que vai ser uma coisa muito grande para o trabalho em si. Vem outra pessoa e vai ter que começar toda uma história de novo, que já estava engrenada. E que eu acho, principalmente em uma UTI, as pessoas têm que gostar do que estão fazendo e tem que ter uma equipe entrosada. Essa coisa de desentrosar! Enfermeiro já é o terceiro que a gente tem e agora mais colegas. Provavelmente não vai ser só um que vai mudar, vai mudar mais gente também. Começou um. Mas quem perde muito é o paciente, nesse tipo de coisa. Daí que a pessoa se entrose para trabalhar, vai demorar mais (A2-HF).*

*Como faz falta a equipe antiga... Eu chegava aqui era uma confiança! Essa semana estava comentando com as gurias... Era uma maravilha. Tu chegavas e estavam todas, uma equipe bem mais unida, que ia lá fazer tudo. Uma maravilha, só alegria. Essa dá bastante preocupação (E2-HF).*

Esse problema foi sentido e relatado com mais intensidade no hospital filantrópico, onde as equipes passaram por modificações importantes no período de tempo decorrente entre a realização das observações e a realização das entrevistas. A equipe estava fragilizada, sentindo as dificuldades decorrentes da saída de trabalhadores, os quais, além de dominar a dinâmica do trabalho na UTI, já tinham afinidades, afetos, enfim, já tinham construído espaços intersubjetivos no local de trabalho. Segundo os trabalhadores, as mudanças podem ser entendidas como necessárias tanto para melhorias no processo de trabalho, assim como por solicitação deles mesmos por não se sentirem preparados para o desenvolvimento do trabalho em determinado setor. No entanto, acreditam que as mudanças, independente do motivo que as suscitam, devem ser refletidas em conjunto, ao invés de serem impostas. No estudo de Gelbcke (2002b), a freqüente rotatividade de pessoal igualmente aparece como um motivo causador de desgaste na equipe de enfermagem.

Os trabalhadores sentem a necessidade de aprimoramento, vêm na rotatividade uma forma de aprendizado, mas desde que esta seja realizada com a participação mais ativa dos trabalhadores, evitando, desta maneira, insatisfação, sofrimento e desgaste. Além disto, esta forma de rotatividade imposta interfere, também, nas relações de trabalho, pois impede a manifestação do trabalhador, além de comprometer os vínculos já estabelecidos (GELBCKE, 2002b, p.149).

As mudanças, mesmo que necessárias, emergindo do trabalho em si ou do trabalhador, sempre provocam novas adaptações que exigem desprendimento de si, aproximação, abertura, momentos que demandam tempo dos trabalhadores, o que nem sempre pode ser disponibilizado nas UTIs.

#### 7.1.2 Em relação com a equipe de saúde

Ao refletir sobre o relacionamento da equipe de enfermagem com as demais equipes do trabalho em saúde, a quase totalidade dos trabalhadores entrevistados ficou limitada a fazer referência ao bom relacionamento que existe entre as equipes, dando maior ênfase ao relacionamento com a equipe médica, provavelmente pelo maior contato estabelecido no cotidiano de trabalho. Salientam que as relações são pautadas no respeito, no reconhecimento da importância que cada um ocupa no processo de trabalho.

*Eu sempre trato todo mundo igual, sempre respeito para ser respeitada. Este é o meu princípio. Acho que a gente tem que respeitar. Toda e qualquer função dentro de um hospital é importante. Nós somos um elo, é uma corrente, é um puxando o outro, não interessa onde esta corrente está localizada, todos são fundamentais. Se não tem a moça da higienização para tirar os lixos aqui, o que vai ser das nossas vidas? Então, eu procuro tratar todos iguais (E8-HU).*

*Tenho um relacionamento bom com todo mundo. Sou muito comunicativo, muito simpático. Não tenho essa diferença porque é uma colega da higienização. Para mim é um colega, um profissional. Meu serviço depende do dele, não há diferença. Para a coisa funcionar direito tem que ser assim, tem que se respeitar (T4-HF).*

*Não tenho problema com ninguém. Sempre que peço alguma coisa, o pessoal atende de boa vontade. Quando posso ajudá-los, ajudo. Já se estabeleceu uma troca (E1-HF).*

Nas duas primeiras falas, os trabalhadores expressam a complementaridade que se faz necessária no trabalho em saúde, para que as ações aconteçam de forma encadeada, atingindo a finalidade do processo de trabalho em saúde. Os trabalhadores percebem a importância do trabalho coletivo, ou seja, do quanto as ações estão interligadas e na dependência uma da outra. No entanto, essa percepção não tem sido

suficiente para desencadear uma integração efetiva entre os diferentes profissionais.

Continua existindo um trabalho em equipe, que se aproxima mais da equipe agrupamento, onde a fragmentação e a justaposição das ações e o agrupamentos dos trabalhadores predomina (PEDUZZI, 2001). Cada equipe trabalha em um mundo próprio, no âmbito do domínio dos saberes que a caracteriza.

Existem momentos isolados, em que uma integração se esboça, como nos *rounds*<sup>16</sup>. A equipe médica e alguns enfermeiros disponibilizam um tempo em sua jornada de trabalho para avaliação dos sujeitos internados. Esses momentos ocorrem nos dois hospitais estudados.

São levantados problemas, discutidas as soluções que melhor se apresentam, a evolução, o prognóstico, enfim, a situação em que se encontram os diferentes sujeitos do cuidado internados nas UTIs.

A participação da enfermagem ainda é incipiente, ficando basicamente restrita ao fornecimento de informações pertinentes às suas ações cotidianas de trabalho, com pouca ou nenhuma influência nas condutas.

No hospital filantrópico, é o enfermeiro administrativo quem, efetivamente, participa dos *rounds*. Os demais participam quando não envolvidos com ações assistenciais. No hospital universitário, a participação dos enfermeiros, igualmente, está na dependência do tempo disponível, não sendo considerada uma atividade de fundamental importância para evolução dos sujeitos do cuidado.

Apesar desse espaço não estar sendo utilizado, em toda sua potencialidade, como espaço de construção de um trabalho em equipe, é importante cultivá-lo no cotidiano de trabalho e priorizá-lo como ação de trabalho mais colaborativa, por ser um espaço interdisciplinar. Para a enfermagem, esse espaço é significativo pela dimensão de sua contribuição para o desenvolvimento do trabalho em saúde em uma perspectiva interdisciplinar e de construção de um saber coletivo e de potencialidades coletivas.

Esta reflexão traz à tona a idéia discutida anteriormente sobre a força do

---

<sup>16</sup> *Rounds* são “espaços” no processo de trabalho, onde os trabalhadores da equipe médica fazem uma discussão sobre os diferentes sujeitos do cuidado internados, abrangendo a situação clínica, condutas terapêuticas, ações de cuidado. Em determinados momentos, ou em determinadas unidades dos hospitais, os trabalhadores da equipe de saúde de outros grupos profissionais, agregam-se às discussões.

coletivo, isto é, da ação coletiva, capaz de transformar a realidade de trabalho. Além de uma força criadora que nasce do coletivo, o trabalho em equipe fomenta a possibilidade da descoberta de potencialidades até então desconhecidas ou que individualmente não se faziam perceber.

Nos hospitais estudados, a visão de equipe como integração ainda percorre caminhos onde as relações de poder nem sempre facilitam a articulação e a interação necessárias entre os diferentes profissionais. Ainda predomina, nessas instituições, a supremacia do saber médico como determinante das condutas direcionadas ao sujeito do cuidado. Os demais profissionais da equipe de saúde pouco questionam, pouco intervêm. Existe certa relação de troca de conhecimentos, de discussão de condutas entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, mas como ações isoladas, individuais vinculadas ao modo de ser de determinado(s) trabalhador(es). Quando existem dúvidas, os saberes são compartilhados na intenção de dirimi-las, mas continuam se configurando em momentos pontuais, individuais, e não como ações coletivas que fazem parte do processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Parece haver, por parte dos trabalhadores da enfermagem, certo receio quanto à exposição de seu saber, diante do saber médico. É como se o saber médico hegemônico, historicamente repassado, fosse inquestionável. Apesar de os trabalhadores reconhecerem que têm um saber próprio, que lhes confere identidade profissional, é como se esse saber não fosse suficiente para embasar uma discussão a respeito das condutas terapêuticas com os sujeitos internados.

Beck (2001), ao estudar os efeitos da organização do trabalho na vida dos trabalhadores em unidades críticas, destaca o quanto os profissionais da enfermagem sentem-se muitas vezes inferiorizados e com menos poder que os médicos, especialmente no que se refere ao conhecimento. Muito dessa posição de subalternidade, no que tange ao conhecimento, é imputada à enfermagem pela própria enfermagem, que atribui certa superioridade ao saber médico.

Segundo Lunardi Filho (2004, p. 47),

a enfermagem aparece como uma prática cuja lógica de funcionamento a representa como de caráter dependente, principalmente, por força de seu desenvolvimento histórico-social e, especialmente, por incorporar as características do modelo clínico-biologicista, com sua tendência ao fortalecimento da posição da medicina como a autêntica detentora do rigor e

saber científicos, em contraposição às demais.

Em um estudo desenvolvido por Gaíva e Scochi (2004, p.474) sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal, os autores salientam que a UTI “é um espaço de construção de diversos saberes, cuja centralidade é ocupada pelo saber médico”. Essa centralidade lhe confere uma autonomia que lhe permite decidir, na maioria das vezes, o início, o meio e o fim das ações direcionadas ao sujeito do cuidado.

No entanto, como cada profissional executa parte das ações assistenciais, existe a possibilidade de trabalho com autonomia relativa, “uma vez que o modo como cada profissional organiza e controla o seu próprio trabalho ou de sua equipe não depende do diagnóstico médico” (LEOPARDI, 1999, p. 79). O exercício dessa autonomia relativa, como já explicitado, pode ser observado no cotidiano de trabalho da enfermagem nas UTIs estudadas. Apesar da dificuldade em expressar seus saberes verbalmente, o fazem na sua aplicabilidade na prática, em suas ações de trabalho, o que permite o reconhecimento de seu trabalho no contexto da UTI.

Foi possível observar, também, que a enfermagem não prioriza tempo, no trabalho, para aperfeiçoar o próprio saber, para inteirar-se das inovações constantes do conhecimento na área da saúde. A enfermagem deixa-se absorver pela intensa demanda do trabalho, ficando dividida entre as necessidades do sujeito do cuidado e as necessidades das equipes como um todo, pois é para ela que drena a responsabilidade de suprir as deficiências do ambiente de trabalho. Na perspectiva de atender ao sujeito do cuidado, objeto de seu trabalho, envolve-se com toda a sorte de problemas, cujas soluções não estão, necessariamente, na dependência de sua atuação para serem resolvidos.

*Tu sabes que as coisas às vezes funcionam de uma maneira errada, parte de toda a base. Nós sabemos que toda uma série de coisas poderia ser facilitada e não é em função do planejamento de compra de material, de distribuição, de encaminhamento de serviço. Então, têm muitas coisas que tu não consegues resolver, porque não dependem de ti, mas tudo chega em ti. Tudo que está ao meu alcance, tento resolver da melhor maneira possível, de algum jeito: peço emprestado aqui, ali; mas tem muita coisa que não se consegue. A gente passa o verão com o ar condicionado desligado ou estragado. É desconfortável para*

*nós e mais desconfortável para o paciente que está em cima de uma cama, cheio de tubos, cheio de sonda, curativos, cheio de coisa e que está passando mais calor do que nós, muitas vezes. Em certas situações, tens que ter mais jogo de cintura, ou empurra com a barriga como se diz popularmente. Dentro do que se pode fazer, se busca melhorias em tudo, o que não pode. Se incomoda, manda por escrito essa informação (E5-HU).*

As observações possibilitaram apreender que uma parcela considerável de tempo do trabalho da enfermagem está comprometida com a busca de soluções para problemas referentes ao trabalho de outras equipes, como as equipes dos serviços de apoio e, às vezes, a equipe médica. A partir desta colocação, é possível inferir que o bom relacionamento da equipe de enfermagem com as demais equipes está pautado no seu envolvimento diário para resolução de problemas que afetam, direta ou indiretamente, a assistência prestada ao sujeito do cuidado. Existe uma relação baseada na troca de necessidades, na cobrança por vezes sutil, no desentendimento que se resolve com diálogo posterior, mas com a enfermagem sempre intervindo nos demais setores para um funcionamento mais de acordo com as necessidades do sujeito do cuidado.

*Tu consegues um relacionamento amigável ao longo do dia-a-dia de trabalho, porque tu precisas deles e eles de ti. A gente vai se adequando, se adaptando à situação (E5-HU).*

Esse comportamento, muitas vezes, afasta a enfermagem do sujeito do cuidado. Em estudo desenvolvido por Oliveira, Fernandes e Lunardi (2000), foi percebido que algumas enfermeiras exercem funções que não são de sua competência, enquanto certas funções que lhe competem não são executadas, trazendo conseqüências negativas para o sujeito do cuidado e para a saúde do trabalhador, pois este se afasta do processo de cuidar.

Há que ter uma otimização do tempo de trabalho da enfermagem, em que exista espaço para o cuidado de si como profissão, espaço para que a enfermagem possa se fazer mais reconhecida e valorizada pelo seu saber, e não só exigida em seu fazer.

Ainda no tocante à busca pelo saber, no sentido de aperfeiçoar seu trabalho, uma das trabalhadoras do hospital universitário referiu que a enfermagem não é estimulada, desde a formação acadêmica, a priorizar um tempo para o cuidado de seu saber, para o cuidado de si como profissão.

*Eu fico, às vezes, desgastada, pois até nós dentro do ambiente de trabalho. A nossa UTI mesmo aqui, na maioria das vezes, está lotada. Mas se cada um tivesse uma hora de leitura científica, um assunto que te interessasse, ou ir na internet e pesquisar. A gente se acomoda. Têm enormes variedades de patologias, mas quando tu chega em casa, não pesquisa sobre o assunto. Tu atendes o paciente, mas não vais lá procurar. Esse é o erro da enfermagem. Este é o diferencial entre a enfermagem e a medicina. Mas eu acho que isso aí vem das nossas escolas, vou te dizer pela escola que eu tive (...). Na nossa formação não foi incentivada a procurar em livros. Tínhamos muitos polígrafos, resuminhos, não fomos habituados a ler, não foi exigido, deixou sobre livre e espontânea vontade. Eu vejo pelos meninos da medicina aqui. Têm uns que vão até três quatro horas da manhã lendo. E se tu pegar uma acadêmica de enfermagem, nada. Eu acho que o erro está na nossa base, na nossa formação. Isto se reflete no primeiro e segundo grau também, não é incentivada a leitura (E8-HU).*

Esse legado histórico pode e deve ser substituído pela aplicabilidade do saber no cotidiano de trabalho, pela exposição do saber nas discussões teóricas. Dessa forma, a subjetividade moldada da enfermagem, aparentemente como profissão que mantém uma estrita dependência com o trabalho médico pode ser substituída pela produção de uma subjetividade coletiva que demonstra a INTERDEPENDÊNCIA entre o trabalho médico e de enfermagem, sem supremacias, mas com construções conjuntas do saber, mantendo a singularidade e a identidade do saber específico de cada profissão.

Segundo Peduzzi (2001), no trabalho coletivo, em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os diferentes trabalhadores, ocorre maior integração entre as equipes. Afirma que

*à medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001, p.107).*

A enfermagem, nas duas UTIs estudadas, tem a vantagem de atuar em um local que constantemente serve de campo de estágio para alunos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e outros cursos da área da saúde, o que facilita a busca constante pelo crescimento profissional e promove momentos de debates importantes. São espaços nos quais a construção da interação entre os diferentes saberes pode estar sendo exercitada, extrapolando, aos poucos, o espaço tido como acadêmico e se inserindo no contexto do trabalho. Um trabalhador ressalta o quanto esse fato é produtor de sua saúde:

*Eu gosto de estar aqui, trabalhar em um hospital universitário, ter estudantes, está sempre vendo coisas. Desde que comecei aqui, sempre tive acadêmica. Uma pediu para fazer estágio. Gostou e falou para a outra, então sempre tem alguém fazendo estágio. E isto sempre te cobra para estudar, para saber explicar um pouco de cada coisa e estimula a gente a crescer também (E7-HU).*

### 7.1.3 Em relação com os serviços de apoio e as chefias

Uma diferença significativa entre os dois hospitais ficou evidenciada no que se refere à relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as diferentes equipes que compõem os serviços de apoio.

No hospital filantrópico, uma situação que ganha destaque, ao se analisar as relações de trabalho entre a equipe de enfermagem e as equipes dos serviços de apoio, tanto nas observações feitas como na fala dos trabalhadores, é a prioridade ocupada pelas solicitações feitas pela UTI aos diversos serviços do hospital. As solicitações que se referem às necessidades do sujeito do cuidado e às necessidades da própria organização interna do trabalho são atendidas prontamente. Os trabalhadores atribuem essa priorização à gravidade dos sujeitos do cuidado internados nas UTIs.

A jornada de trabalho inicia com a maioria dos serviços atendendo as necessidades da UTI. Para exemplificar, o laboratório de análises clínicas começa as coletas de sangue pelos sujeitos do cuidado internados na UTI. Além desse serviço, os chamados por telefone para realização de Raio X, exames laboratoriais, pedidos de sangue, são atendidos com presteza. Quando da impossibilidade, os trabalhadores são

comunicados do porquê do não atendimento, mediante uma justificativa. Geralmente, é porque alguma outra urgência no Pronto Socorro está sendo atendida, ou pela falta de pessoal no setor.

*Qualquer coisa que a gente precise, que peça, nunca ninguém foi ao contrário, mesmo que diga que agora não pode. Tudo bem, não pode no momento, mas fazendo depois... Por enquanto aqui na UTI está funcionando legal, dentro do normal, tranquilo (A1-HF).*

*Aqui é correria, mas lá embaixo também. Eles têm o serviço deles, mas geralmente quando a UTI chama, eles dão prioridade. Geralmente, a não ser que tenha algum acidentado ou coisa assim. Geralmente eles vêm (T2-HF).*

*Para nós, tem prioridade. Então, fica fácil. Eles vêm sempre que são solicitados. Vêm em seguida. Até hoje, teve um exemplo do funcionário do Banco de Sangue que, meio mal humorado, está sempre reclamando de alguma coisa, o telefone não estava funcionando e eu desci, e fui ali, e ele, rapidinho, veio e organizou as coisas dele, e já veio direto. Aqui a gente já tem essa facilidade. É melhor que nas Unidades, porque nas Unidades tu padece. O cara tem que atender todo mundo, uma pessoa para atender, UTI, OS, mais unidade, fica difícil. Primeiro é aqui, depois OS. para depois ser a unidade. É complicado, agora para nós é bom (A2-HF).*

Diante de problemas atinentes aos serviços de apoio, com interferência direta ou indireta no trabalho da enfermagem, os trabalhadores relatam que, através do diálogo e da colaboração mútua, tem sido possível encontrar estratégias que beneficiem o trabalho em prol do sujeito do cuidado.

*Eu acredito que é bom. Dificilmente tu ligas para um serviço desses e o pessoal não se esforça. É lógico que à noite há um desfalque de funcionários. A gente também tem que entender. O Raio-X atende em especial a UTI e o Pronto Socorro e, às vezes, está sobrecarregado. Mas, quando está sem funcionário, já avisam que vão demorar um pouquinho, ou largam o que estão fazendo lá e vem nos atender. A gente sempre procura compreender o colega. Lá ele também é sozinho. Aqui a gente segura daqui e dali. Até o Laboratório que é um funcionário só para fazer coleta em todo o hospital é sobrecarregado e aí fica difícil (T4-HF).*

*Não tem problema. Quando dá, a gente conversa, discute, entra num consenso. Por exemplo, a roupa, à noite não tem funcionário para vir recolher, eu tenho excesso de roupa no expurgo. Então, não posso exigir. Mas entramos num acordo em colocar outro cesto do lado. É um problema deles. A gente tem que ceder um pouco e cobrar outro pouco. Tem que ter boa vontade (E1-HF).*

Nos espaços de construção de intersubjetividades, os trabalhadores conseguem colocar suas dificuldades, os conflitos internos e os problemas gerados pelas ações de trabalho dos demais setores, podendo, assim, encontrar estratégias de ações coletivas que ofereçam maior eficácia e eficiência a todos os envolvidos. Os trabalhadores reconhecem que, através do diálogo, a organização do trabalho pode fluir de maneira a satisfazer, igualmente, as suas necessidades no tocante à produção de sua saúde. Apenas uma trabalhadora do noturno referiu que os serviços de apoio não priorizam as solicitações da UTI.

*Eles não vêm a UTI como prioridade. Na verdade todo o hospital é prioritário. Se tu pedes um exame de laboratório, um raio-X, é porque realmente tu estás precisando. Não é porque o cara não tem nada para fazer, vou ligar de madrugada e vou dizer para o laboratório vir. Mas as pessoas não entendem assim, porque a gente, querendo ou não, é o local onde as pessoas vêm em estado pior. Se tu pedes naquela hora, é porque tu precisas naquela hora e as pessoas não entendem isso, demoram a vir, resmungam, xingam. Não são todos os serviços, mas têm alguns que a gente solicita bastante que eles não nos apóiam (E3-HF).*

Questiona-se, então, se o número reduzido de trabalhadores nos serviços de apoio, como mencionado na fala de outro trabalhador, não pode ser o fator desencadeante da demora no atendimento. No período destinado às observações, não foi possível perceber a falta de colaboração dos serviços de apoio, quando solicitados pelos trabalhadores da UTI.

Outro fator de destaque no hospital filantrópico está na necessidade que os trabalhadores dos serviços de apoio têm, em especial o serviço de radiologia, de auxílio no desempenho de suas ações. O técnico responsável pela realização dos exames não consegue executá-los sem o auxílio de um trabalhador da enfermagem. Além disso, na maioria das vezes, ao realizar os exames, deixam o sujeito do cuidado mal posicionado, com as roupas de cama desarrumadas, exigindo tempo do trabalhador da enfermagem para auxiliar e para reorganizar a unidade.

*Em UTI, tu trocas paciente, tu viras, tu trocas lençol, das banho, daqui a pouco o paciente evacua e tu tens que fazer tudo e tem pacientes que são bem pesados. Então, é bem difícil e, quando eles vêm, às vezes, têm aqueles que desarrumam e deixam o paciente todo bagunçado. Eles tiram tudo e não colocam e tu tens que ir atrás deles para arrumar tudo. Isso quando tu não*

*tens que ajudar. Estes dias eles estavam comentando, porque sou nova aqui, que poderia diversificar. Não sei se realmente tem que ter esse horário para fazer Raio-x, ou uma semana de tarde, outra de manhã, intercala e alivia um pouco (T3-HF).*

Os trabalhadores entendem o quanto a ajuda mútua é necessária, mas percebem que o tempo fica escasso para o desempenho de suas ações de trabalho.

No hospital universitário, os trabalhadores divergem um pouco quanto à visão sobre as relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem e os serviços de apoio. Referem que estão permeadas por pequenos e constantes conflitos, os quais potencializam a produção do seu desgaste. Salientam que a “falta de organização” desses serviços interfere sobremaneira em seu trabalho, uma vez que suas ações mantêm uma interdependência.

*É motivo de desgaste enquanto profissional. Não de desgaste pessoal. A gente sabe que o serviço de apoio não é apoio, é uma dificuldade e, muitas vezes, a gente tem que brigar para ter alguma coisa, e fazer com que as pessoas façam o trabalho deles, para que a gente possa fazer o nosso. Então, isso é um motivo de desgaste (E6-HU).*

*Desgaste, no sentido de que os serviços de apoio não apóiam (E7-HU).*

*Tem horas que tem dois, três funcionários, aí tem que ir ao laboratório levar material. Tu ligas e ninguém te atende. Aí tu vais lá e, chegando lá, tu tocas a campainha e espera. Já teve situações de não ter ninguém lá, 18:30h, 18:45h. Aí tu tens que retornar com a diurese ou com os exames. A farmácia, às vezes, vem medicação errada ou vem faltando, tem que retornar. Se tivesse alguém que fizesse um serviço externo para facilitar, principalmente aqui na UTI. Roupa mesmo, a gente brigou, o pessoal trazia do lado aqui, no centro obstétrico às 17:30h, por que não deixava aqui? A gente chegava às 19:30h para dar banho, só dois ou três funcionários e um tinha que ir lá buscar a roupa. Não posso ir contra o sistema. Isso não depende de mim. Depende de uma forma de trabalho. O hospital é que deveria ver isso (A5-HU).*

Alguns trabalhadores reconhecem que, apesar de não oferecerem o apoio necessário, os serviços têm tentado melhorar sua organização interna, de forma a superar as deficiências que estão causando dificuldades na assistência ao sujeito do cuidado. Essas melhorias são resultados de diálogos estabelecidos entre as chefias do

setor e a enfermeira da unidade.

*Ultimamente, pelo que a enfermeira tem discutido, ajuda. A lavanderia estava dando uns problemas, que é um serviço de apoio, por exemplo, com os lençóis, compressas, aventais, cobertores. Agora a gente pede e eles trazem. Antes tínhamos que ir lá buscar. A farmácia, por exemplo, fui lá buscar dois galões, mas quando é mais eles trazem. Então, o relacionamento é bom, têm suas dificuldades, mas nada que não se possa resolver (T7-HU).*

*Acho que poderia ser mais serviço de apoio. Por exemplo, o pessoal da lavanderia, laboratório, farmácia, estão nos ajudando mais, pois quando entrei para cá, era só serviço de apoio entre aspas, porque a gente fazia tudo (T6-HU).*

No entanto, a enfermagem dispõe de grande parte de seu tempo em discussões com os demais setores, buscando, em parceria, a melhor solução para os problemas que afetam os sujeitos do cuidado. Apesar da receptividade expressa, a equipe de enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, envolve-se com o gerenciamento de diversos setores, em detrimento da prestação de cuidados e do gerenciamento de seu próprio setor de atuação. Essa forma de trabalhar provoca desgaste físico, angústia, sensação de extrema limitação diante do processo de cuidar. Svaldi e Lunardi Filho (2000, p. 30) salientam que a enfermagem, freqüentemente, absorve a responsabilidade de pensar, organizar, executar e controlar muitas das ações que dizem respeito a outros setores ou à organização em si, “gerenciando, ainda que nos moldes tradicionais, tanto os problemas afetos à sua área de competência exclusiva como muitos dos problemas afetos a outros membros da equipe multiprofissional e, até mesmo, relativos à administração superior”.

Certas deficiências ultrapassam os limites dos serviços e encontram, na organização do trabalho institucional como um todo, as maiores barreiras e obstáculos. O almoxarifado, por exemplo, poderia melhor organizar seu controle de estoque, pois seguidamente falta material para o qual não foi prevista a compra, como referido no tocante à falta de material. Como as compras estão na dependência das licitações, por ser um órgão federal, existe a demora na aquisição, própria do sistema. Uma vez terminado o estoque do material, logicamente as unidades terão uma longa espera pela aquisição do mesmo. Sabendo que a compra de materiais vinculada à licitação provoca

morosidade na aquisição dos mesmos, o almoxarifado poderia ter uma melhor organização interna que possibilitasse a solicitação de compra diante da existência de um estoque mínimo para a assistência. Resolvendo-se as dificuldades nos espaços microssetoriais, pode-se então, através de ações coletivas, interferir nas deficiências institucionais, visando à diminuição do desgaste provocado nos trabalhadores e à melhoria da qualidade da assistência prestada ao sujeito do cuidado.

Tanto quanto no hospital filantrópico, os trabalhadores do HU, muito sutilmente, fazem alusão ao fato de terem que ajudar aos colegas dos demais setores, principalmente radiologia. Trazem, no entanto, um dado novo. Enquanto no hospital filantrópico os trabalhadores mencionam a questão do tempo que é despendido no auxílio necessário para a realização dos exames, nesse hospital associam ao tempo a questão da sua saúde, uma vez que não existem os equipamentos de proteção individual específicos para proteção contra os efeitos deletérios que emanam do Raio X.

*Colete de Raio-X, a gente não tem (A6-HU).*

Durante as observações, um trabalhador referiu reconhecer a importância da ajuda mútua, da realização de um trabalho colaborativo. No entanto, faz uma crítica no sentido de que deveriam ter as condições para oferecer tal ajuda. Alega, em primeiro lugar, que o próprio setor de radiologia deveria organizar seu trabalho, de forma a ter mais de um funcionário para fazer exames na UTI, pois já estariam devidamente preparados para isso. Na falta de pessoal, porém, que os trabalhadores da UTI tivessem respeitadas as necessidades de proteção de sua saúde e prevenção nas situações de risco. Ao ser questionado se já haviam verbalizado seu inconformismo com a situação e suas sugestões, foi dito que

Não adianta reclamar. Eles (direção) vão dizer que a gente tem que fazer (Nota de campo).

Dejours (2003), ao discorrer sobre o sofrimento no trabalho, afirma que o sofrimento entre os trabalhadores aumenta, quando esses vão perdendo gradativamente, a esperança de que as condições de trabalho dadas possam melhorar. Ocorre como que uma acomodação dos trabalhadores e um consentimento em participar das condições como lhes são apresentadas.

Afirmar que mudanças não são possíveis, permite que o trabalhador continue responsabilizando alguém pela condição insalubre de trabalho e que impute, a si mesmo, a condição imutável da vivência de um sofrimento imposto pelo trabalho. Agindo dessa forma, no entanto, o trabalhador deixa de lutar pela produção de sua saúde, em um contexto de trabalho que, segundo ele, não permite mudança.

Será que a reivindicação coletiva, fundamentada e apoiada teoricamente, não seria ouvida pela chefia do serviço de enfermagem ou pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)? Ou será que a atitude de passividade diante do problema exime o trabalhador da co-responsabilidade na produção da sua saúde?

Muitas vezes, os trabalhadores têm a crença de que as manifestações acerca da forma de organização do trabalho dos serviços de apoio podem ser tidas como crítica aos trabalhadores em si, e deixam de solicitar mudanças que vêm como necessárias e imprescindíveis, com receio de prejudicar os sujeitos individualmente.

Tal fato é fruto da forma como o trabalho está organizado, desde os níveis hierárquicos mais altos, em que os sujeitos que ocupam cargos administrativos e que exercem algum tipo de poder dentro do serviço não propiciam espaços de discussão conjunta e de reflexão sobre o processo de trabalho, em que cada trabalhador tenha a co-responsabilidade de avaliar suas ações individuais, assim como as ações das demais equipes de trabalho.

Dessa forma, os trabalhadores estão desenvolvendo sua prática de forma mecânica, sem exercer seu papel de sujeito no e do trabalho, que têm a capacidade de criar e de transformar, diante de condições insatisfatórias para a sua saúde, que têm o conhecimento necessário para a transformação da prática. Assim agindo, os trabalhadores distanciam-se do real significado da práxis, que, na percepção de Vázquez (1986), consiste na transformação de um objeto (ou realidade), partindo de finalidades que direcionam a ação transformadora, mediada pelo conhecimento que se

põe em relação com a atividade prática, através dessas finalidades.

A ação transformadora é inerente ao ser humano que busca um trabalho capaz de satisfazer a necessidade de se subjetivar no mundo, de imprimir sua marca no mundo através de seu trabalho. Para Kosik (2002, p. 222)

a práxis na sua essência e universalidade é a revelação do segredo do homem como ser ontocriativo, como ser que cria a realidade (humano-social) e que, portanto, compreende a realidade (humana e não-humana, a realidade na sua totalidade). A práxis do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade. A práxis é ativa, é atividade que se produz historicamente [...], unidade do homem e do mundo, da matéria e do espírito, de sujeito e objeto, do produto e da produtividade.

O ser humano, com sua capacidade criativa, pode e deve mudar o mundo do trabalho através de sua ação, ou ainda melhor, através da ação coletiva, pois individualmente o trabalhador não tem a mesma força que o coletivo.

Um espaço no processo de trabalho, que poderia possibilitar a instrumentalização do trabalhador para a reflexão e a ação coletiva, seriam as reuniões de trabalho com a equipe de enfermagem e entre essa e as demais equipes da saúde. No entanto, as reuniões não se processam de forma sistemática. Esporadicamente, uma reunião é realizada com objetivo específico, sem espaço para discussões. E, em geral, por ocasião de reclamações a respeito do trabalho ou dos trabalhadores.

Durante o período de observação de campo, nenhuma reunião foi realizada com os trabalhadores da enfermagem. Sabe-se da importância desses momentos para integração da equipe, para discussão de problemas encontrados com a busca coletiva de soluções, enfim, para dar espaço ao diálogo, a aproximação, a manifestação das diferentes singularidades.

Historicamente, as reuniões têm um enfoque informativo ou reclamatório. Talvez resida aí, o fato dos trabalhadores não considerarem esses momentos como sendo de construção coletiva, de discussão coletiva. No entanto, sempre há tempo para mudanças, para (re)modelar a partir da criatividade dos trabalhadores, para reapropriação e reformulação de espaços institucionalizados.

Ao fazer referência ao relacionamento com as chefias, os trabalhadores, de um

modo geral, referem não ter problemas. Existe respeito à hierarquia e às diferenças.

*Tranqüilo. Às vezes, tu vês que realmente tem alguém que não gosta de ti não vai muito com a tua cara, não é obrigada a gostar de ti. Não levo nada a ponta de faca, não dou muita atenção, não vou criar ou ver problemas aonde não têm (E5-HU).*

*Se precisar de alguma coisa, sei que se for neles e não der, vão colocar que é impossível ou que no momento não será possível. Sempre que eu precisei e que estivesse ao alcance deles, sempre fui atendida, qualquer um (T6-HU).*

Um trabalhador referiu que há falta de diálogo para resolução de problemas identificados pela enfermagem e que envolvam outros profissionais da saúde. Considera fundamental, quando existem relatos de situações constrangedoras para o trabalho, que os dois (ou mais) lados envolvidos, tenham a possibilidade de serem ouvidos pela chefia imediata, ao invés de o problema ser repassado a instâncias hierarquicamente mais elevadas.

*A partir do momento que tu tens um problema com uma pessoa, a minha chefia direta teria que me chamar, sentar e ver qual é o problema, o que está acontecendo, para saber o contexto que aconteceu, a forma, para ser justo, equilibrar. Se está recebendo uma reclamação, tem que ver [em que contexto isso se dá]. Não posso partir só daquilo como sendo a mais pura verdade e isto não ocorre. Tu és chamado pelas chefias maiores (E4-HF).*

Apesar de ter sido relatada, nas entrevistas, por apenas um trabalhador, essa situação foi verbalizada por outros trabalhadores, durante as observações, de uma forma quase velada, denotando mágoa com acontecimentos semelhantes em momentos anteriores. Os trabalhadores sentem-se violados no seu direito de expressar a sua versão dos fatos, mas não expressam sua indignação. Será por medo de perder o emprego, o que se apresenta com mais possibilidade no hospital filantrópico, no qual a força de trabalho é regida pela lógica do setor privado, que dá maior autonomia para demitir? Ou por uma atitude resignada dos trabalhadores diante dos fatos? Será uma demonstração de passividade diante do sofrimento, ou uma estratégia de defesa para tolerar o sofrimento?

Uma diferença significativa que existe nos dois hospitais estudados, está posta na forma de contratação e na segurança (ou não) gerada por ela. No hospital universitário, as contratações são feitas mediante concurso público, como já mencionado. O trabalhador, uma vez admitido, tem assegurada a estabilidade no emprego, o que significa que só pode ser dispensado de suas funções mediante processo administrativo, que comprove atitude incoerente, indevida, negligente, entre outras. No hospital filantrópico, a lógica difere completamente, pois o trabalhador não tem a estabilidade assegurada. Os órgãos diretores têm autonomia para demitir o trabalhador pelos mais diversos motivos, desde contenção de despesas até problemas de ordem pessoal ou profissional.

Diante da realidade brasileira no que se refere ao mercado de trabalho, com índices crescentes de desemprego, da precarização do trabalho, das formas gerenciais, bem como das condições de vida e da própria situação do município em questão, onde só existem dois hospitais, os trabalhadores vivem constantemente com medo. Dejours (2003, p. 52) salienta que esse medo “gera condutas de obediência e até de submissão. Quebra a reciprocidade entre os trabalhadores, desliga o sujeito do sofrimento do outro [...]”.

Inserido nesse cenário, o trabalhador acaba encontrando meios ou estratégias que o protejam do mal, como a resignação, que atribui à “causalidade do destino” os fatos que provocam sofrimento, não suscitando a ação transformadora. O mal, a injustiça e o sofrimento passam a ser “banalizados” e, como tal, por vezes, nem percebidos pelo trabalhador. Ocorre um processo que favorece “a tolerância social para com o mal e a injustiça, e através do qual se faz passar por adversidade o que na verdade resulta do exercício do mal praticado por uns contra outros” (DEJOURS, 2003, p. 22).

O espaço dado para reflexão, como o criado por este estudo ou o vivenciar de situações semelhantes a sua por um colega de trabalho, como o relatado pelo trabalhador E4, parece reascender questões que estavam adormecidas.

A tolerância ao mal ou a banalização do mal são processos que não estão dados *a priori*, não fazem parte de uma “lógica incoercível”, portanto, é possível intervir em qualquer etapa desses processos, objetivando interromper seu curso. A história é criada

pelo ser humano, ele é o autor de sua história e coautor da criação da história da humanidade. Então, ele pode escrever uma história, no seu ambiente de trabalho, que fale da produção de sua saúde, que fale da luta e da ação coletiva em prol de um trabalho prazeroso. Dejours (2003, p. 98) afirma que o trabalho “pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da auto-realização, da sublimação e da saúde”.

Sabe-se que a produção de um trabalho saudável não está na dependência nem na responsabilidade única do trabalhador, pois envolve toda a macroestrutura social, política, econômica, além da microestrutura organizacional, entre outros fatores. Mas a força da ação coletiva move o trabalho, mesmo que a mínimos passos, na direção desejada pelos trabalhadores.

#### 7.1.4 Em relação com os sujeitos do cuidado e os familiares

Ao falar sobre as relações estabelecidas com os sujeitos do cuidado, os trabalhadores relatam os mais variados sentimentos, que oscilam, dialeticamente, entre sentimentos que provocam desgaste e sentimentos que traduzem satisfação pelo trabalho realizado. Entre eles podem ser citados: bom relacionamento, necessidade de manter certa distância dos sujeitos para não se envolver, certa frieza ou indiferença facilitada pela condição de inconsciência do outro ser humano, cuidado com o ambiente para amenizar o sofrimento do sujeito do cuidado.

É interessante o quanto os trabalhadores do hospital filantrópico fazem referência ao fato de os sujeitos do cuidado, em sua grande maioria, estarem em coma pela patologia ou em coma induzido, e o quanto isso dificulta a relação. Talvez resida aí a explicação para a percepção da pouca comunicação existente entre eles, durante a realização dos cuidados. Foi observado que as ações são desenvolvidas com muito carinho, delicadeza, com preocupação em manter a privacidade dos sujeitos do cuidado, mas a comunicação verbal nem sempre se faz presente. Alguns trabalhadores, em alguns momentos do trabalho, conversam com os sujeitos, explicam procedimentos que serão realizados, mesmo quando estão inconscientes, mas não é uma conduta mantida por todos.

Essa conduta está bastante vinculada à maneira de ser de cada trabalhador, a subjetividade de cada um, as experiências anteriores, não sendo um cuidado rotineiro. Quando o sujeito do cuidado está consciente, a comunicação se estabelece com mais facilidade, até mesmo porque o próprio sujeito manifesta o desejo de conversar.

*Eu gosto. Agora mesmo tem um paciente que está aí, que antes de ele estar como está agora a gente conversava. Porque aqui a gente tem que aproveitar quando o paciente está lúcido, que pode falar, porque a maioria não fala. Mas eu tenho um bom relacionamento com o paciente e com os familiares também (A2-HF).*

*Os nossos pacientes, que têm a oportunidade de falar, que não são todos infelizmente, acredito que seja bom. Tu vês o reconhecimento do teu trabalho é no paciente, indiferente dele falar ou não. Se tu estás trabalhando bem, tu sais sete horas da manhã e tu vês que a coisa fluiu. Sou muito de avaliar o paciente como eu pego e como eu largo, apesar de não parecer. Porque, às vezes, as pessoas me olham trabalhando, parece que não estou nem aí para o que estou fazendo. Só que eu sou muito de observar, observo o que está acontecendo com o paciente, mas também não deixo de participar de assunto. Se os colegas estão conversando, consigo assimilar duas coisas ao mesmo tempo: estou conversando, mas estou fazendo meu trabalho. Analiso meu paciente e o reconhecimento do serviço da gente tu vês no paciente. Mesmo quando ele pode ir a óbito, tu vês, tu sabes, tu ficas realizado que tu fizesses de tudo. Tu não podes ir contra as leis divinas (T4-HF).*

No hospital universitário, o estado de alerta dos sujeitos internados é diferenciado, como já descrito anteriormente. Então a relação comunicacional é mais intensa e facilitada.

Uma trabalhadora entrevistada alega o quanto o estado do sujeito do cuidado interfere na comunicação com o mesmo e o quanto vira rotina o fato de não conversar com o “paciente em coma”, existindo uma tendência a estender tal rotina a todos, independentemente de sua condição. O fazer torna-se mecânico, em vista da falta do diálogo, da priorização do tempo para as ações que redundam na possibilidade de avaliação quantitativa e qualitativa das funções vitais do sujeito internado, esquecendo, muitas vezes, de dedicar um tempo para identificação de necessidades de ordem não somente física, como as necessidades espirituais, de carinho, entre outras, mas que são igualmente essenciais e “vitais” para a sua recuperação.

*Acho que aprendi, nestes quatro anos, a trabalhar mais humanizado. Porque na outra UTI que trabalhei, além da troca muito rápida de familiares e pacientes, a maioria dos pacientes estava em coma, eu não tinha quase paciente lúcido. Então, quando cheguei aqui, (...) havia muitos pacientes de cárdio e eu tive que me reeducar e começar a buscar algumas coisas. Antes de fazer um procedimento com o paciente, explicar, ter tempo de conversar, dar comida na boca, de ajudar a ir no troninho, de sentar na poltrona, estas tarefas que eu não estava mais acostumada. Estava acostumada a fazer um serviço muito mecânico, porque [na outra UTI] a maioria era AVC, TCE, estava acostumada. Então, isso eu tive que rever. Claro que isto foi muito positivo para mim enquanto ser humano (A3- HU).*

O cuidado em explicar o procedimento, parece ser uma preocupação a partir do momento em que o sujeito do cuidado está consciente, está “entendendo” o que é falado. Até que ponto, no entanto, pode-se afirmar que o “paciente em coma” não está ouvindo?

No relato de outro trabalhador, fica evidente o respeito pelo sujeito do cuidado com relação ao que é falado perto dele, mas não com o que é falado para ele.

*A gente acaba ficando com um pouco de frieza. Às vezes está sedado e aquela situação toda. Eu vejo que há respeito nas conversas, nas brincadeiras perto, mesmo porque tem que ter uma atitude, uma postura decente (T5-HU).*

É possível inferir, a partir das observações feitas, que essa atitude está pautada na rotinização das ações, na falta de reflexão sobre o fazer, o que o transforma em um fazer “mecânico” e repetitivo. Apesar disso, existe carinho, respeito, dedicação, atendimento rápido às chamadas verbalizadas pelos sujeitos do cuidado ou pelos alarmes dos equipamentos, atendimento às necessidades não verbalizadas, ações estas que traduzem um cuidado humanizado.

Sabe-se, também, que as ações direcionadas de um sujeito para outro, do trabalhador para o sujeito do cuidado, podem “falar” mais do que palavras. O toque, o olhar, o próprio silêncio podem estar carregados de sentimentos que permitem o “diálogo”, desde que o trabalhador esteja receptivo para a vivência desses momentos interativos e que os perceba como fontes possíveis de manifestações de afetos,

necessidades, de estar junto ao outro.

De acordo com Souza e Padilha (2002, p. 19), os trabalhadores da enfermagem podem recriar “o processo comunicacional por meio de sinais, signos e de silêncios, estabelecendo a relação dialógica, dinâmica, transacional. Desse modo, a enfermagem é um diálogo vivido: trata-se do trabalhador de enfermagem e cliente relacionando-se de modo criativo durante as ações de enfermagem”.

No entanto, é fundamental o momento em que o trabalhador “fala” com o sujeito do cuidado, dizendo o que será feito, onde está, posicionando-o no tempo, mesmo diante de seu “estado de coma”. Destaca-se a fala de uma trabalhadora, na qual ressalta a importância do diálogo com o sujeito do cuidado.

*Com os pacientes sempre tento conversar, explicar os procedimentos. Às vezes, converso um pouquinho, mesmo quando o paciente está entubado ou um pouco desorientado. Isto eu tento preservar. A UTI é muito barulhenta para os pacientes conseguirem dormir. Eu apago a luz do fundo, pois é 24 horas com as luzes acesas e, às vezes, eles reclamam e pedem para apagar a luz. Quando terminam os procedimentos, eu falo para eles, que estão na UTI, que é noite, para ver se ameniza. Têm pacientes que são mais difíceis. A gente fala para eles tentarem melhorar, respirar. Às vezes, me sinto muito imatura. Penso no que eu podia fazer ou falar naquele momento para fazer a diferença (E7-HU).*

Essa fala demonstra que o cuidado com o ser humano internado pode se dar em diferentes dimensões, podendo extrapolar o corpo do sujeito para indiretamente cuidar desse corpo que, muitas vezes, não consegue exprimir suas necessidades. O cuidado com o ambiente é uma dessas dimensões. Para tanto, é premente que o trabalhador se permita sensibilizar com o outro, colocar-se no lugar do outro e abstrair das necessidades concretamente perceptíveis. Nem todos, no entanto, conseguem agir dessa forma, pois se envolvem exaustivamente com o fazer rotineiro e prescrito, que está sempre a exigir mais do trabalhador.

Durante um momento de conversa informal com os trabalhadores da UTI do hospital filantrópico, surgiu a oportunidade de questioná-los sobre o porquê da “pouca conversa com os sujeitos do cuidado”, ao que um trabalhador respondeu, pensativo:

*A gente tem tanta coisa para fazer, que tem tudo na cabeça em ordem, certinho, que acaba esquecendo isso, que é fundamental. Mas a gente vai*

melhorar, tu vais ver (Nota de campo).

E realmente na continuidade do processo de pesquisa, percebi que os trabalhadores se empenharam nesse sentido, conseguindo progresso. Um trabalhador, de forma descontraída, pediu que fosse anotado “no caderninho” (referindo-se ao diário de campo) que eles tinham (re)aprendido alguma coisa com a pesquisa.

Os fragmentos das falas a seguir ilustram estas reflexões, sem, no entanto, considerá-las concluídas, pois ainda há muito para se refletir sobre a interação, sobre o processo comunicacional entre os trabalhadores e os sujeitos do cuidado:

*Tinha uma senhora bem jovem. Esteve internada conosco e era muito obesa e eu a conhecia e mexia com ela. Ela [estava] sedada e eu [conversava com ela] (...) brincava. E quando ela retornou, que saiu da sedação, falou que a única voz que reconhecia era a minha. E todo mundo falava na volta dela (A5-HU).*

*Uma paciente que era enorme de gorda, e aí a gente tinha dificuldade de lidar com ela. Então, ela disse que não queria mais evacuar, porque não queria mais chamar o pessoal. Sentia-se incomodada porque era gorda. Não sei se alguém falou [alguma coisa] em algum momento. Talvez tivesse sedada, entubada. Realmente, era um sofrimento no hospital. Ela pesava 140 kg... muito pesada, não cabia quase na cama. Eu fiquei me punindo. Será que alguma vez eu falei? (E7-HU).*

*Nós temos que ter cuidado com o que se fala, pois a gente não tem noção do nível de consciência que o paciente tem e, muitas vezes, se fala o que não deve (A3-HU).*

Nas UTIs, os trabalhadores estão constantemente cuidando de seres humanos que transitam facilmente e rapidamente entre o limiar da morte e da recuperação. Ao serem questionados sobre como se sentem diante da terminalidade dos sujeitos do cuidado, os trabalhadores têm os mais diversos sentimentos, que variam desde encarar com naturalidade o processo de morrer, por vezes com certa frieza, até o envolvimento às lágrimas e ao sofrimento junto com os familiares. Essas diferentes formas de interpretar a morte são influenciadas por crenças religiosas, hábitos e estilo de vida, experiências anteriores (MARTINS, FARIA, 2002), cultura e, também, pela

subjetividade de cada trabalhador.

A morte, por mais natural que seja, enquanto processo de finitude da vida, sempre provocou medo no ser humano: medo de sofrer para morrer, medo do que existe depois da vida, medo de deixar as pessoas que ama desamparadas, enfim, medo do desconhecido. Além desse medo que acompanha a morte, essa temática não tem sido suficientemente refletida, durante a formação dos futuros profissionais, gerando dificuldades em lidar com esse momento tão certo da vida. Lunardi Filho, Sulzbach, Nunes e Lunardi (2001), ao estudarem as percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e à morte, relatam que muitos dos profissionais entrevistados justificaram seu despreparo para lidar com a morte pela deficiência de espaços, na formação acadêmica, para reflexões sobre essa etapa da vida.

A experiência permite deduzir que constantes reflexões sobre uma mesma temática, com profissionais de diversas áreas, que podem estar subsidiando as discussões, auxiliam, sobremaneira, na ampliação de significados, na aquisição de novos conceitos e na revisão de conceitos historicamente produzidos e transmitidos.

Uma das trabalhadoras, objetivando dirimir as carências deixadas pela sua formação, encontrou como estratégia realizar o trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem sobre essa temática. A partir de então, de um estudo mais aprofundado, sente-se melhor instrumentalizada para tais situações.

*Diante da morte, aprendi a não sofrer, pois fiz meu trabalho de monografia sobre a morte, exatamente por isso (...) como eu sabia que iria lidar com pacientes graves, de urgência, eu me trabalhei muito para isso e fiz minha monografia em cima da morte, exatamente por isso. Para que eu saiba me posicionar diante dessa situação. Não sofro com a morte dos meus pacientes, não sofro (...) a gente já encara como parte da nossa profissão, mas acho que nem todos os profissionais encaram dessa maneira. Por isso tem tanto comportamento diferenciado aqui dentro (E6-HU).*

Diante dos próprios medos, os trabalhadores por vezes percebem sua própria finitude ou de seus familiares, bem como da frágil preparação para agir na morte, alguns trabalhadores assumem uma postura de “colocar a razão na frente da emoção”. Encaram a morte, o preparo do corpo, como mais uma ação de trabalho, como “coisa

natural da vida”, como “normal”.

*Normalmente eu não vejo, faço os procedimentos, vejo como um serviço. Pode ser ruim, mas para a minha vida pessoal nunca me afetou, nunca cheguei em casa estressado, triste (T5-HU).*

*Normal, para mim é normal. Estou tamponando... A gente tem que colocar a razão na frente da emoção, caso contrário não dá para tu trabalhar nessa área. Morreu, está sem dor. Dependendo da idade muitos familiares já se foram (T7-HU).*

*Deus é que sabe. Tudo tem sua hora e para mim é natural, não é um desgaste. Fico tranqüila, faço os procedimentos que tenho que fazer, respeito com o familiar. Poderia ser um nosso. Então, acho que, no mínimo, respeito com o familiar que está ali, porque, às vezes, a gente tem que passar, mas me afetar em termos de saúde não, pelo menos no meu consciente. Naquilo que eu consigo avaliar, é natural, consigo lidar bem com essa situação (T3-HU).*

De acordo com o pensamento dejouriano (2003, p.36), os trabalhadores utilizam-se de estratégias de defesa contra os efeitos deletérios do sofrimento, que podem funcionar, também, “como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer”. Os fragmentos das falas abaixo exemplificam essa aparente ou real insensibilidade diante da morte.

*Isso me deixa até um pouco frio (T5-HU).*

*De vez em quando acho que já estou muito acostumada com isso, estou fria demais. Perdi esse lado humano com relação à morte. Morreu, tamponou e tchau (E2-HF).*

Aquilo que os trabalhadores chamam de “normalidade”, quanto à forma de perceber a morte, poderia ser encarado como uma estratégia individual de defesa contra o sofrimento real que a morte provoca nos trabalhadores. Segundo Dejours (2003, p. 36),

a normalidade é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto, a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de “normalidade sofrente”, sendo pois a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma “normalização” pejorativa e desprezível, obtida pela

“interiorização” da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho.

O uso de estratégias de defesa proporciona dar vazão aos sentimentos e continuar na realização das ações de trabalho, das quais não se tem como “fugir”. São como “invenções”, “criações” do sujeito trabalhador que lhe possibilitam o vivenciar da organização do trabalho, adaptando-a às suas necessidades mais íntimas, às suas subjetividades, que, por vezes, são difíceis de serem expressadas.

A maioria dos trabalhadores refere que a morte das pessoas idosas é percebida como algo natural, etapa final de uma vida, momento certo para quem já viveu a “vida intensamente”. Outra situação de morte, tida como aceitável, está na presença da dor e do sofrimento do outro, sem perspectivas de melhora. No entanto, a morte de crianças ou de pessoas jovens e a morte daquelas pessoas com as quais estabeleceram vínculos é bastante difícil, produz intenso desgaste.

*Quando tu te apegas [com os pacientes] e com os familiares, é bem difícil. Tens que manter o profissional, mas para nós é mais difícil. Aqui na UTI, tudo é fechado; mas o momento que tu abres aquela porta e saís com o óbito é muito difícil. Quando é com paciente normal, de idade e que tu não te apegas muito, para mim é normal. (...) quando é gente nova, infelizmente, tu te apegas, tu sabes que não podes, mas é impossível. Tem gente que passa meses aí e não tem como tu não te apegares (T2-HF).*

*Se for uma pessoa bem idosa e tu achas que está ali e não tem o que fazer, familiar já abandonou, ninguém mais visita, tu até pensas que é uma boa. (...) Os velhinhos já não têm mais nada, os familiares nem procuram, nem dão bola. Tem mais é que descansar. Já viveu a vida, já viveu o suficiente. Mas quando é um jovem que tu vês que vem parar aí, tu já fica pensando nos teus filhos. Uma criança, não aproveitou nada da vida. Tu pensas um monte de coisa, ficas abatida, ficas angustiada. Têm dias, não é sempre, têm dias que parece que está mais pesado (A1-HF).*

*Fico mais sentida ou mais abalada quando é jovem e criança. Mexe muito comigo, com minha estrutura. Os velhinhos, já fico mais... coitadinho, a gente fez tudo o que pôde, era hora dele, descansou (T1-HF).*

*Que nem [o paciente do] leito 4, está sofrendo, a família está consciente. Mas quando se está com um paciente jovem, criança... Por exemplo, tivemos um paciente, não foi no meu turno, mas a mãe e a irmã dormiam sempre ali na frente e quando todo mundo chegou para o trabalho e ambas não estavam mais ali, e quando tu abres a porta e o paciente também não, é muito triste. Fico um pouco abalada (T6-HU).*

Quando ocorre a morte de criança ou de jovem, é um momento em que os sentimentos de tristeza, raiva pela perda, incapacidade diante da dor da família, vêm à tona, sem que saibam muito bem como lidar com eles. Relatam que quando vivenciam a morte nessas condições, é como se a UTI toda parasse, fica certo “peso no ar”, certa “falta”, que paralisa, que entristece. Ficam todos como que amalgamados por um mesmo sentimento. No entanto, sempre há alguém que os desperta, que delicadamente, porém incisivamente, os faz seguir o dia de trabalho. E, a esse comando carinhoso, todos respondem.

Vamos lá pessoal, os outros precisam da gente, vamos encarar. Tem muita coisa para ser feita, não dá para parar (Nota de campo).

O abalo provocado pela morte de jovens e crianças pode ter explicação no fato de que as idades se aproximam das suas ou de seus filhos, ou familiares próximos. No momento em que cuida, semelhanças são encontradas e o trabalhador se reporta as suas próprias experiências, estabelecendo um apego maior à situação vivida. Igualmente o fato de não terem “vivido” a vida, traz angústia e inconformismo para a equipe. Percebem o valor da vida que lhes foi permitida viver e o quanto foi tirado daquele jovem ou daquela criança.

Em contrapartida, a melhora do sujeito do cuidado é a maior vitória, a maior gratificação que a equipe pode ter. Em termos de produção de sua saúde, os trabalhadores trazem esse momento como responsável pela fertilização de sua existência como trabalhador.

*A maior felicidade é quando o paciente dá alta. Quando a gente chega de um plantão para outro e o paciente deu alta para a Clínica ou outra unidade. Que bom que teve melhora e deu alta e saiu da unidade. Muitos vão para o andar e a gente acaba indo lá para ver como estão, sempre tendo aquele contato com o paciente. É muito bom (T8-HU).*

*Tivemos um paciente que foi de alta depois de 70 dias. E tu vias, na expressão de cada um, que estavam todos felizes. Sabíamos que ela teria algumas restrições lá em cima, pela lesão cerebral que era irreversível, mas pelo menos sabíamos que estava junto à família. E proporcionar isso, manter uma união ou o ficar com a família... A gente sabe que eles ficam restritos do familiar. Sabemos a importância de estar com o familiar junto. Então, quando podem ir de alta e vão bem, é uma alegria para todos (E5-HU)*

*Fico feliz da vida. Cada vez que a gente leva um [paciente] para a unidade, é uma vitória. (...) o mais importante é ver a felicidade deles e saber que tu fizestes parte daquela melhora. O bom da enfermagem é isso (E2-HF).*

*É ótimo. Não tem coisa mais gratificante do que tu encontrares um paciente na rua ou um familiar que vem e fala que o paciente está bem. Isto é muito gratificante, não tem dinheiro que pague. E a gente se vê diante de tantas situações e se acha, de vez em quando, um pouquinho Deus. Porque a gente olha para a criatura e pensa: Não tem mais o que fazer. Aí vem o médico, deixa só um sorinho e alimentação e quando tu vês, [o paciente] sai da UTI, fica um tempo lá fora e sai do hospital. Isto é o que nos alimenta. Se colocarmos na balança, a gente mais salva do que perde os pacientes. Eu acho que é a finalidade da UTI, é fundamental (E8-HU).*

A finalidade do trabalho da enfermagem está posta na prestação do cuidado aos sujeitos ou grupo de sujeitos. Ao ver o sujeito recuperado saindo de alta da UTI, os trabalhadores percebem que atingiram sua finalidade e que o projeto mentalmente elaborado a cada novo contato com aquele sujeito foi concretamente executado e a transformação do objeto se deu. No momento de elaboração do projeto de trabalho, o ser humano coloca muito de si, de sua subjetividade, de suas expectativas pessoais em relação a cada um dos sujeitos que cuida. A recuperação aparece, então, como a coroação de seu esforço, de sua capacidade, de sua criatividade.

A enfermagem, em sua formação, tem historicamente preconizado a manutenção da vida, a recuperação da vida. E, a exemplo da morte, pouco se reflete sobre as impossibilidades de preservar a vida, sem que isto esteja ancorado na ineficiência do trabalho, na inadequação dos instrumentos utilizados no trabalho, ou na falha humana no processo de cuidar.

Partindo dos pressupostos repassados, a recuperação é, então, a forma materializada da vitória da vida sobre a morte, da vitória do trabalho que atingiu seu objetivo e transformou seu objeto.

Gonzáles e Beck (2002), em estudo realizado com enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o sofrimento e o prazer em seu cotidiano de trabalho, asseveram que os auxiliares pontuam a melhora dos sujeitos do cuidado e sua satisfação com o cuidado recebido, como fonte principal de prazer no trabalho, assemelhando-se com os dados encontrados no presente estudo.

Lima Jr. e Ésther (2001) e Gelbcke (2002b), ao estudarem o prazer e a dor do trabalhador de enfermagem, e seu desgaste, respectivamente, apontam para dados análogos, ou seja, a melhora e recuperação do sujeito como originando prazer ao trabalhador.

Como nas UTIs a possibilidade de ocorrência da morte é uma “presença constante”, os trabalhadores têm de ser melhor preparados para lidar com as limitações, com as frustrações diante desses limites, pois a morte, ou a não recuperação dos sujeitos internados, não significa, necessariamente, negligência, despreparo da equipe, podendo ser a manifestação concreta de que a vida não tem mais força.

Destaca-se um trecho de uma fala que demonstra a sensação maravilhosa que os trabalhadores sentem ao ver o sujeito recuperado, saindo da unidade para continuar a luta pela vida. Este trabalhador conta que faz questão de fazer o transporte, quando ocorre a alta.

*Peço para levar, porque fico bem feliz. Já saio, vou no elevador, principalmente aqueles que estão bem mesmo, que tu consegues levar de cadeiras de rodas. Tu carrega pasta, soro, já pede ajuda para o familiar, já sai pelo hospital afora com o paciente. É como se fosse um troféu para mim sair com aquele paciente. Me sinto muito bem (T4-HF).*

Além dessa sensação de vitória que ocorre com a melhora do sujeito do cuidado, o reconhecimento pelo trabalho realizado desponta como outro fator que contribui para a produção da saúde do trabalhador.

*Até pela própria gratidão que eles têm com todos, querem dar beijo ou vêm aqui depois e trazem uma lembrancinha, dentro das posses de cada um, às vezes é um cartão, uma flor, uma caixa de bombom. Indiferente do valor financeiro, o valor emocional é que fica (E5-HU).*

*Uma situação que me surpreendeu foi um paciente, uma criança que saiu daqui e ficou na Pediatria. Ficou um mês lá e quando ele estava com a alta prevista, o pai fez uma carta em agradecimento para cada um de nós e a criança veio aqui. Eu não soube lidar, me surpreendi com aquilo, até me emocionou, tu não sabes o que dizer. Uma que não sei lidar com criança... Acho que até pretendo trabalhar um dia na Pediatria para aprender. Aí vem aquela criança que te entrega um papel, tu lê, te emocionas, mas não sabes o que dizer. (...) Ele teve oportunidade de voltar aqui para agradecer. Simplesmente não sabia o que fazer e como não tinha palavras, agarrei da*

*mão da criança e passei a mão no rosto dele, foi a única coisa que fiz (T4-HF).*

O reconhecimento seja ele demonstrado através de gestos, palavras, presentes simbólicos ou olhares, tem sido motivo de satisfação para os trabalhadores. Contribui para o “orgulho com a obra” no sentido do teorizado por Marx sobre a relação criativa entre seres humanos e seu trabalho. Por melhores e mais modernos que sejam os equipamentos das UTIs, por mais apropriados que sejam os instrumentos disponíveis para o trabalho, por mais que o ambiente seja harmonioso e ajustado às necessidades dos sujeitos do cuidado, é a interação do trabalhador com esse cenário de trabalho que dá expressão ao trabalho, é a ação do trabalhador que faz acontecer, é a subjetividade e a capacidade criativa do trabalhador que permitem as diferentes adaptações, é o trabalhador que imprime em cada máquina, em cada equipamento, em cada um dos vários botões, em cada tecla, a magia do movimento necessário para as ações de cuidado. É o trabalhador que fala, que toca, que acaricia, que faz as leituras, que registra, que transmite, que tem a inteligência, que se esforça. Assim sendo, o reconhecimento não é secundário, mas decisivo, vital, indispensável para “alimentá-lo”, motivá-lo, enfim, para dar um sentido à mobilização de “subjetividades em relação” no processo de troca que o trabalho de cuidar em saúde proporciona de modo especial.

Ver e acompanhar a evolução do sujeito do cuidado até sua alta da UTI, reveste-se de um valor primordial para os trabalhadores, mas o reconhecimento através de expressões de carinho, de ternura, são infinitamente necessárias.

As reflexões dejourianas salientam que, quando a qualidade do trabalho é reconhecida, o esforço, as angústias, as dúvidas, as decepções, os desânimos ganham um sentido. O sofrimento adquire uma conotação de estar contribuindo com a organização do trabalho e com o crescimento do trabalhador. O reconhecimento do trabalho “pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano de construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação. [...] A identidade constitui a armadura da

saúde mental (DEJOURS, 2003, p. 34).

*É tão bom tu ouvires de um paciente, já passei por isso e é muito bom, um muito obrigado! E pedem desculpas por estar te incomodando, e não estão. É bom tu ouvires da pessoa, ela está ali precisando de ti, mas reconhece o que tu estás fazendo por ela. É um tipo de gratidão que tu tens, que nos leva a andar, permanecer diante das dificuldades que tu tens, que nos faz seguir adiante (T3-HF).*

De acordo com Martins e Faria (2002), o reconhecimento pelo trabalho realizado, seja pelos sujeitos do cuidado, pelos membros da equipe, pela instituição ou pela sociedade, faz com que os trabalhadores compreendam sua importância no mundo, tanto como cidadãos, quanto como trabalhadores da área da saúde, bem como identifiquem e valorizem a energia dispendida para realização de seu trabalho. É como uma mola propulsora de seu fazer bem feito, com qualidade.

Por conta das observações, uma trabalhadora<sup>17</sup> referiu o quanto o reconhecimento, o elogio mexe com a sensibilidade, com a auto-estima, repercutindo em um fazer mais criativo pela auto-afirmação que o reconhecimento suscita, pela “certeza” de estar desempenhando um bom trabalho e que é reconhecido também pelos colegas.

Perguntei ao médico X [responsável pela UTI] se ele queria que eu ficasse para ajudar e ele disse que sim. Quando eu saí para pegar um material, ele me chamou e disse que é para eu ficar por perto. Vindo dele é um grande elogio. Fiquei até emocionada. Agora é que não vou embora mesmo (Nota de campo).

Por outro lado, a falta do reconhecimento pelos colegas, familiares ou sujeitos do cuidado, traz sofrimento para o trabalhador. Para enfrentar esse sofrimento, que chega a ser bastante significativo, o trabalhador, muitas vezes, cria estratégias de defesa que podem limitar o seu fazer, sua criatividade, sua competência. O trecho da fala a seguir ilustra tal reflexão:

---

<sup>17</sup> Neste episódio, a trabalhadora já tinha terminado seu horário de trabalho, mas como percebeu que a unidade estava tumultuada e que o sujeito do cuidado em questão exigia a presença de um enfermeiro que auxiliasse na realização de uma traqueostomia, resolveu ficar além de seu horário, ao que o médico concordou, dizendo que gostaria que ficasse, pois gostava muito do seu trabalho.

*O que sinto muita falta no relacionamento com os familiares é o muito obrigado. Por mais que a gente faça as coisas esperando, tu nunca vais ficar jogando em cara que tem que me agradecer. Mas faz falta, pois por um erro eles te colocam o dedo na cara, e por um acerto ninguém te diz: Que legal, muito obrigada, meu familiar saiu daqui bem (E3-HF).*

A relação com os sujeitos do cuidado parece ser o momento do processo de trabalho em que o trabalhador da enfermagem mais desenvolve sua autonomia, sua criatividade.

O relacionamento com os familiares, apesar de ser harmonioso para a grande maioria dos trabalhadores, para outros nem sempre é fácil. As dificuldades são atribuídas, em parte, ao estresse que envolve os familiares que permanecem afastados do sujeito do cuidado, separados por aquela porta que guarda todo um mistério indecifrável, angustiante e assustador, em parte a eles mesmos que, por vezes, apresentam limites para as exigências de certos familiares. Entendem suas preocupações e necessidades, mas não conseguem ou desconhecem a melhor forma de lidar com elas.

Alguns trabalhadores, em especial os do turno da noite do hospital universitário, referem ter um contato mínimo com os familiares, devido à inexistência de horário de visita no noturno, o que dificulta ainda mais sua aproximação com os familiares. Acontecem encontros rápidos, quando da saída ou entrada da equipe na UTI, onde trocam, muitas vezes, apenas olhares, palavras soltas, toque de mãos, sorrisos entremeados pelo respeito à dor...

Em estudo desenvolvido com a equipe de enfermagem de uma UTI pediátrica, Barbosa e Rodrigues (2004) concluíram que os profissionais da enfermagem não se sentem preparados para dividirem o mesmo espaço com os familiares, apesar de perceberem a importância da participação da família na recuperação da criança internada. Transpondo esse achado para o presente estudo, onde a realidade nem sempre é distinta, emergem questionamentos a respeito dessa conduta: O que será que leva os trabalhadores a sentirem-se despreparados para um envolvimento mais intenso com os familiares? Será pela necessidade de explicar os procedimentos? Será pela

exigência maior que essa presença impõe? Será pela percepção de que o familiar é mais um objeto de seu trabalho, o que demanda tempo e disponibilidade? Será que a presença do familiar angustia pela convivência com a dor e o sofrimento de quem está internado? São questionamentos lançados em forma de desafio...

As falas a seguir, apontam para os constrangimentos entre trabalhadores e familiares:

*Conturbado, com os familiares. Às vezes as respostas que a gente tem para dar, não são as respostas que as pessoas querem ouvir. É difícil. Não consigo me fazer entender, ou me faço entender e eles não gostam daquilo que tenho para dizer. E tem coisas que a gente não pode, tenho informações que não posso dar, têm informações que não sei dar, tenho que passar adiante e as pessoas não entendem muito (E3-HF).*

*Aí que é o problema: o familiar. Eu te falei que na hora da entrevista eu não gosto e não sou de falar. É que o familiar está sempre te interrogando. Então, sempre tem um pé atrás. Será que estou fazendo certo? Será que estou falando uma bobagem? Daqui a pouco tenho medo de falar uma coisa que ele não entenda e ele fica mais com o pé atrás ainda. (...) Nas visitas, eu tento me socar nos livros, porque eles vivem me perguntando as coisas (E2-HF).*

Apesar das dificuldades e até mesmo por conseguir identificá-las, os trabalhadores esforçam-se ao máximo para superar as barreiras e ter uma relação sem conflitos com os familiares. Como estratégias para o enfrentamento de tais limitações, os trabalhadores tentam colocar-se “no lugar do outro que está para lá daquela porta” (Nota de campo), o que tem suscitado ações de solidariedade, de compreensão.

Como a maioria dos trabalhadores mantém um bom relacionamento com os familiares, as situações embaraçosas diluem-se no contexto coletivo e ações solidárias acontecem igualmente entre a equipe, com uns auxiliando os outros em seus apuros.

O bom relacionamento está pautado no entendimento do sofrimento do outro, na convivência cotidiana, mesmo que só por pequenos momentos e sem muitas palavras, na percepção do quanto é difícil ficar do lado de fora daquela porta, sem informações, sem poder estar junto. Por essas razões, tentam atender, sempre que possível, as solicitações da família quanto à visita fora de horário, colocação de orações, terços ou outros símbolos religiosos, próximos ao sujeito do cuidado, colocação de objetos como “o travesseiro que ele gosta”, a fotografia dos filhos.

Abrir as portas da UTI, para que os familiares tragam objetos de uso pessoal, que tragam maior segurança e aconchego para os sujeitos do cuidado, traduz-se em uma forma humanizada de cuidar e de tornar o ambiente mais aconchegante (NASCIMENTO, MARTINS, 2000).

*Não tenho grandes problemas (...). Se tu vais comprar briga com as pessoas, ainda mais aqui que estão super fragilizadas... Tento ser a mais educada possível, dizer que eu entendo a situação e tal. Assim que a gente leva (A2-HF).*

*Eles chegam e perguntam, querem saber. E a gente responde dentro do nosso limite, nem tudo a gente pode falar. A gente conversa com eles. Tenho muita sorte, pois seguido eles perguntam e chamam por mim na porta, pois querem saber, e perguntam. Sempre que tu falas uma coisinha a mais, eles já ficam mais contentes. Já te procuram para saber de ti, porque tu falas mais, conversas mais. Qualquer coisinha a mais que tu digas, eles já acham que fez uma diferença (A1-HF).*

*Acho que a família fica angustiada, não sabe o que está acontecendo, eles querem ver. Digo para chegar perto, conversar, porque a gente nunca sabe até que ponto a pessoa está ouvindo. Gosto de deixar o familiar um pouco sozinho com o paciente, para deixá-los à vontade. Às vezes converso mais com uns do que outros, depende. Outro dia deixei entrar a netinha de uma ex-funcionária. O pessoal tem resistência em deixar entrar criança, mas a familiar me disse que a criança tinha visto o paciente enfartar e ficou muito assustada e queria ver como ele estava. Estava só com o cateter nasal e conversando. Deixei entrar, acho que é uma vivência que a criança tem que ter. Vai formá-la para conviver com o sofrimento, com a dor. [Além disso] veria que o avô estava melhor. Essa relação é muito restrita. Acho muito difícil se colocar no lugar do outro, porque a dor é dela. Prefiro não falar muita coisa para não estar falando bobagem. Sempre procuro responder as perguntas que os familiares fazem, dentro da nossa área de enfermagem. Sobre o quadro clínico é responsabilidade do médico. Mas informações como se o paciente se alimentou, se tomou banho, se está acordado, ou se está sedado, para dar um pouco mais de alento, do que só dizer se é grave ou regular (E7-HU).*

Há trabalhadores que fazem questão de passar a visita, de estar junto ao familiar, conversar, acompanhar, fazer com que se sintam acolhidos. É como se esse carinho e esse cuidado fosse entendido por eles (familiares) como uma extensão do que o sujeito do cuidado recebe. Agindo assim, estão confortando, dando segurança e confiança ao familiar quanto à forma de cuidar na UTI, que são humanos, que têm sentimentos e percebem os sentimentos dos outros, que eles não são como as “máquinas” que ali estão para manter a vida, que eles têm a função e a necessidade de

“cuidar” com humanidade.

*Acho que tem que tratar todo mundo bem, independente da situação. Aqui dentro, o ambiente já é pesado. Tens que ter uma estrutura de estar rindo e brincando para não se estressar, pois há uma série de tarefas a serem cumpridas no mesmo horário. Tenho a seguinte tese: sempre rindo, mesmo não estando a fim, pois tu passas alguma coisa boa para a pessoa que está entrando com o paciente mal aqui dentro (T7-HU).*

*Às vezes a gente cria um vínculo com o paciente e se envolve com a família. Dependendo do tempo em que o paciente fica aqui, tu crias um relacionamento meio que com a família, e começa a gostar das famílias, a conversar, a vê-las, tens pena, às vezes sofres junto. Tu divides um pouco a carga de estresse, sofrimento e tudo, e isto é uma coisa tranqüila, por isto acho positivo (A3-HU).*

Por perceber o sujeito do cuidado como um ser humano com uma história de vida, com relacionamentos, com sonhos, com subjetividades que, por vezes, não podem ser expressas, os trabalhadores esforçam-se na busca por estratégias que os aproximem dos familiares, procurando vê-los como também objeto de seu trabalho.

As relações interpessoais pressupõem a existência de conflitos, uma vez que envolve o encontro intersubjetivo, no qual as diferenças, as similaridades, os modos de ser e de ver o mundo, enfim, em que as singularidades se apresentam e se expressam em um espaço comum. Tais conflitos, no entanto, devem servir como momento de reflexão coletiva para o aprimoramento das relações, pois as diferenças trazem o crescimento, a melhoria, estimulam a crítica construtiva, a busca pelo saber mais, pelo ser melhor para si e para o outro. Sendo o trabalho da enfermagem um contínuo encontro intersubjetivo, é premente que o trabalhador esteja aberto às diferenças tanto no sentido de absorvê-las como de manifestá-las.

## **7.2 O Sujeito Trabalhador em Ação**

O momento da realização concreta das ações de trabalho é o momento em que o trabalhador imprime sobre o objeto do trabalho a sua marca, a sua história, a sua

perspectiva, ou seja, ele coloca em prática, o seu projeto mentalmente elaborado para a transformação do objeto em algo diferente.

Em muitos momentos, o trabalhador da enfermagem, no desempenho de suas ações cotidianas, direciona seu projeto, a sua atenção, para o sujeito do cuidado, objeto de seu trabalho, esquecendo-se de que ele também é transformado nessa relação de trabalho. Ao transformar seu objeto de trabalho, transformações incidem sobre ele, o que exige, igualmente, a elaboração mental do cuidado de si na realização do trabalho. Como força de trabalho, envolve sua energia, seu desgaste, seu tempo, sua vida, dimensões que necessitam ser pensadas, planejadas tanto quanto as ações para o cuidado do outro.

Neste sentido, a dimensão do sujeito trabalhador em ação estará focada no cuidado de si para que o trabalhador possa ser agente produtor de sua saúde, quando em seu microespaço da assistência. Assim agindo, poderá intervir na lógica da organização do trabalho de forma a mobilizar, coletivamente, ações de proteção de si e do coletivo do trabalho.

Ao serem questionados sobre como têm exercido o cuidado com sua saúde dentro e fora do trabalho, 18 trabalhadores referiram que não cuidam da saúde fora do trabalho, ou seja, não realizam atividades físicas, procuram o médico somente quando sentem alguma dor que não responda à automedicação e mantêm uma alimentação nem sempre adequada. As horas destinadas ao repouso estão na dependência da distribuição do tempo entre as atividades a serem desenvolvidas para além do trabalho.

A não realização de atividade física está atrelada ao cansaço, falta de tempo, atividades domésticas, enfim, por não se sentirem estimulados. Entendem a importância da atividade física para a produção da saúde, mas não a desenvolvem. Do total de trabalhadores que fazem essa referência, apenas um alega que vai caminhando para o trabalho e outro anda de bicicleta nas horas vagas. Mas são atividades sem orientação prévia e sem a periodicidade necessária.

*Não, é de casa para o hospital e vice-versa. A maioria de nós é assim. Até gostaria de fazer atividades, mas, às vezes, tu saís cansada, um problema aqui e outro ali e te esqueces de ti mesmo (T6-HU).*

*Não cuido da minha saúde, é um caos. Sei que tenho que parar, tem que caminhar, tem que fazer isso; mas se tiver que pegar um paciente sozinho eu pego, se tiver que virar eu viro, não cuido. Em casa tem que fazer [as coisas*

*de casa]. Venho de carro, [meu marido] me larga no hospital, trabalho, faço força. Estava de férias e disse para as gurias que [fiquei] louca de dor nas pernas no primeiro dia de trabalho. Não estava mais acostumada a caminhar. Ficava em casa, caminhava, ia ao centro, voltava, nada demais (T2-HF).*

*Complicado. Eu vejo que por alguns momentos minha saúde tem sido deixada de lado pelo fato de trabalhar muitas horas (...). Entrei para a academia para fazer uma esteira, devagarinho, uma hidroginástica... Fui um mês e não fui mais, porque estava muito cansada. A hidroginástica... uma delícia, mas saía de lá mortinha. Mas agora quero voltar (E7-HU).*

No hospital filantrópico, os trabalhadores realizam exames médicos periódicos (anual) como protocolo da saúde do trabalhador. A maioria dos trabalhadores enfatiza que só realiza esses exames por “exigência da casa”. Além desses, só os por extrema necessidade, como mostra a fala a seguir:

*Esse é o pior detalhe. Não ligo para minha saúde; me automedico. Como trabalho nisso, sei mais ou menos. Mas agora consultei com a Dra.X, ali conversando com ela, porque está me adormecendo os braços, durmo e me acordo com os braços dormentes. Ela perguntou se eu tinha problema de coluna. Eu disse que tenho bico de papagaio e ela disse que acha que não é só isso. Disse que eu tinha que fazer uns exames, ir no Traumatologista. Só que eu relaxo com esse tipo de coisa para mim. Não gosto. Tudo é difícil para conseguir um exame. Então, tu vais relaxando. Fiz os exames periódicos que a gente faz aqui anualmente e deu infecção urinária, mas eu sabia. Não tomei nada para dar nos exames e ver o que ele ia me dizer, mas no que fiz os exames, comprei Norfloxacin e segui tomando. Quando cheguei no médico do trabalho, ele chegou para mim e falou que eu estava com uma infecção urinária bem grande. Eu disse que já sabia. Ele me disse que eu tinha que tomar o Norfloxacin e eu disse que já estava tomando. Ele riu e disse: Isso que dá trabalhar na saúde. É horrível, tenho cistite direto. Então, já sei o que tomo e me faz bem (A1-HF).*

Além das falas destacadas, os demais depoimentos deixam claro que os trabalhadores não priorizam um tempo para o cuidado de si. Suas atividades são inúmeras: alguns têm mais de um emprego; outros trabalham e estudam, e ainda têm que dar conta do cuidado com a casa, a família, enfim, “não sobra tempo” para eles mesmos.

Apenas quatro trabalhadores, dos vinte e dois entrevistados, cuidam de sua

saúde fora do trabalho, através de uma alimentação equilibrada, com horas de sono apropriadas, sem vícios como cigarro, bebida. Referem priorizar um tempo de seu dia para atividades de lazer, pois consideram importante para repor suas energias.

*Momentos de lazer que tu possas sair, espaiar. Não sou muito apegada às coisas de casa, não deixo a casa impecável para deixar de sair. Já fui assim e não resolve nada. Se o marido tiver que te deixar por outra, vai te trocar [por uma] pior do que tu. Não sou assim. Se tem que sair, saio a passear. Está um baita sol, vamos almoçar fora? Vamos. Se a casa tiver que ficar do lado avesso, fica. Tu tens que te permitir momentos com teu companheiro, com teu marido que não trabalha na mesma área e que não entende muitas vezes teu tanto de trabalho (E5-HU).*

A grande maioria aproveita o tempo livre para descansar. Se for para escolher entre descansar e passear, a maioria prioriza o descanso.

Quanto ao **cuidado com a saúde no ambiente de trabalho**, duas questões emergiram: o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e a realização de esforço físico, em função das necessidades dos sujeitos do cuidado.

Durante os períodos de observação, foi percebido que os trabalhadores do hospital filantrópico parecem ter maior cuidado com o uso dos EPIs. O uso da luva, em especial, é constante. Dificilmente um trabalhador foi observado realizando ações de cuidado sem luva. Quando o fazem, movidos pela pressa, pela “falta de costume” ou pela “falta de habilidade” para o desempenho de certa atividade com luva, justificaram o porquê e pediram que “não fosse anotado no caderninho”, demonstrando entender sua atitude desprotegida.

Existe uma preocupação acentuada com o uso de luva, em detrimento dos demais EPIs. A máscara, o avental e os óculos de proteção estão disponíveis no setor, mas raramente são utilizados. Alguns trabalhadores utilizam, mas não é uma ação rotineira, como o uso da luva. Os fragmentos das falas a seguir, ilustram as duas colocações feitas:

*Sempre. Se eu puder me transformar num ET [extraterrestre], como costume dizer, me transformo. Se o paciente está com bactéria, sepses tem que aspirar; tem outra coisa, é óculos, luva. Se puder, coloco outro jaleco por cima, máscara. Sou muito de me proteger (T4-HF).*

*Uso luvas. Os óculos e a máscara sempre ficam em terceiro plano; já não é*

*nem em segundo plano, mas as luvas... (E3-HF).*

No hospital universitário, nem o uso da luva é tão regular. A maioria dos trabalhadores, durante o período de observação, foi visualizada em algum momento de seu trabalho fazendo procedimentos sem o uso das luvas, como administração de medicação por sonda nasoentérica, administração de medicação endovenosa em intracath ou flebotomia, punção venosa, enfim, atividades que se constituem em situações de risco capazes de produzir desgaste (doença ou acidente). Procedimentos outros, como aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, foram realizados sem uso de óculos e máscara, mesmo na eminência da produção de respingos. Nas falas abaixo, os trabalhadores justificam o porquê de não usarem os EPIs:

*Às vezes esqueço de colocar luva. Lavo as mãos em seguida. Volta e meia ando com os dedos abertos, como estás vendo. Às vezes, estou mexendo com o paciente e me esqueço de colocar as luvas, mas não dou bola para isso. Quanto mais tu te preocupas, pior é. Se pegássemos todas as doenças que a gente lida, não teria mais ninguém trabalhando na área da saúde. A gente já cria uma imunidade, pois em um ambiente poluído como este, um prédio que já é contaminado por natureza... (T7-HU).*

*Sim, luva, tudo o que é necessário. Se tiver que aspirar, de vez em quando me esqueço, mas a gente usa óculos, máscara. Se tiver no isolamento, a gente faz tudo direitinho (A4-HU).*

*Em função da tua rotina, às vezes, tu esqueces de usar, de estar com uma luva no bolso. Mas eu me cuido: se vou ao laboratório levar algum material, sempre coloco as luvas. Mas, às vezes, tu vais desconectar uma dieta e acha que não vai acontecer nada e faz sem a luva. Não é sempre que uso a luva. Às vezes o colega te pede ajuda, acabou de dar banho, os lençóis estão limpos, tu vais só ajudar a puxar o paciente para cima. Tu vais ajudar e quando vês, desconecta alguma coisa. Mas eu chamo atenção de algum aluno que está fazendo HGT [teste de determinação da glicemia] ou Gasometria sem luvas, porque acho que com eles pode acontecer alguma coisa, mas com a gente não (A3-HU).*

*Acho que relaxo um pouco, com relação às luvas, essas coisas assim. Quando a gente viu, já fez. Não gosto de puncionar de luvas. São cuidados bem importantes, mas que, na hora, por comodidade, tu deixas, vais abandonando (E2-HF).*

Sabe-se que a responsabilidade para com o cuidado de si começa pela própria pessoa. Radünz (2001) afirma que culpar outro ou algo fora de si por problemas de sua saúde é muito cômodo. Além disso, retira de si a responsabilidade pelas próprias atitudes e comportamentos, transferindo para outros ou para algo tal responsabilidade. No entanto, os constrangimentos institucionais e as singularidades de cada trabalhador por vezes funcionam como um impedimento à ação do cuidado de si. É preciso vencer esses impedimentos de forma coletiva, pois é no coletivo que o trabalhador pode encontrar a força necessária para mudar o instituído e para se fortalecer como sujeito que cuida de si e do outro.

Diante da co-responsabilidade pela produção da saúde do trabalhador, ambos, instituição e trabalhador, necessitam envidar esforços para que a lógica da organização do trabalho se desenvolva no sentido da produção desejada. Lunardi (1997, p. 24) baseada nas idéias foucaultianas, diz que “[...] construir-se como sujeito ético, cuidar de si, ontologicamente, é a primeira relação; depois, e até como decorrência, pode vir o cuidado do outro, já que quem sabe cuidar de si adequadamente, sabe conduzir-se, encontra-se em condições de conduzir-se na relação com e para o outro.”

As observações realizadas permitem inferir que os trabalhadores priorizam o cuidado com o outro em detrimento do cuidado de si. Por diversas vezes foram flagrados sem uso dos EPIs, inclusive quando da prestação dos cuidados a sujeitos com diagnóstico de AIDS. São poucos os trabalhadores que utilizam todos os EPIs necessários para os procedimentos que realizam. Quando o fazem, geralmente é porque já experienciaram, consigo ou com colega próximo, situações de risco, que tiveram como desfecho o acidente de trabalho.

*Tenho mania de lavar as mãos, estou sempre lavando. Até em casa com o meu marido, também sou assim. Aqui procuro usar sempre luvas e quando vou aspirar um paciente uso óculos e máscara. Antes, não usava sempre, só quando o paciente tinha alguma patologia que pudesse ser infecto contagiosa ou tivesse...., mas eu tive uma menina aqui, que fazia estágio, que teve tuberculose. Ela descobriu durante o estágio, pois estava sempre cansada e como se dava bem com os meninos que faziam medicina, eles falaram para ela fazer um raio-x. Foi quando descobriu que tinha uma pequena lesão. O número de bacilos no escarro era em pouca quantidade e agora faz tratamento. Fico pensando: Será que ela se contagiou aqui? Por isso eu uso. Procuro usar sempre esses equipamentos de proteção individual (E7-HU).*

*É, passei a usar [após exposição]. Antes, muitas vezes não usava, mas naquela sondagem que fiz uma vez, acho que tu estavas aqui, que respingou*

*urina na boca, no olho, não me lembro, a gente começou a ter mais precaução. Começou a usar luva direitinho, usar óculos, máscara: Tu vê que estou com máscara agora para aspirar os pacientes. Óculos, nem estou colocando, mas é que dificilmente tu não fechas o olho ao saltar alguma coisa. Então, estou com mais cuidado, nem sempre tu tens tudo à mão, mas geralmente estou mais de olho. Cobro mais do pessoal que use a máscara, o óculos. Se tem uma emergência a gente já sai com tudo que é para não ter mais esses problemas (E4-HF).*

Estudos têm mostrado o quanto a enfermagem está exposta às cargas existentes no ambiente hospitalar, o que foi corroborado pelas observações feitas (MARZIALLE, RODRIGUES, 2002; BREVIDELLI, CIANCIARULLO, 2002; BENATTI, NISHIDE, 2004; DAMASCENO, PEREIRA, SOUZA, TIPPLE, PRADO, 2006). Muitas dessas cargas são inerentes ao processo de trabalho da enfermagem em hospitais, necessitando do seu reconhecimento para que medidas de prevenção possam ser instituídas pelos trabalhadores e pela instituição. Uma das formas possíveis para interagir com elas de modo a potencializar ações de produção da saúde está posta na adesão às precauções universais, as quais incluem o uso dos EPIs em situações nas quais há interação entre o trabalhador e as cargas de trabalho. No entanto, apesar de disponíveis nos hospitais estudados e de serem reconhecidos pelos trabalhadores como fundamentais para a sua proteção, nem sempre os trabalhadores fazem uso desses equipamentos.

O que faz os trabalhadores serem “negligentes” com o cuidado de si? Os EPIs estão sendo disponibilizados, então por que não os utilizam? Como percebem sua exposição às diferentes situações de risco no ambiente de trabalho?

Na busca pelos motivos que levam os trabalhadores da saúde a vivenciarem acidentes de trabalho, envolvendo sangue ou fluidos corporais, Azambuja (1999) encontrou dados significativos, entre eles: ausência de estímulo no trabalho para um fazer refletido; condições gerais do ser humano, com ênfase no fato de trabalhar doente; segurança no fazer e do fazer cotidiano; rotinização das ações que conduz a um fazer mecânico, irrefletido; não compreensão de situações cotidianas como sendo de risco; sobrecarga de trabalho.

Outros estudos têm sido desenvolvidos no intuito de refletir sobre os acidentes

de trabalho na equipe de enfermagem, envolvendo cargas químicas, biológicas, instrumentos perfurocortantes, enfim, envolvendo situações que poderiam ter sido evitadas pelo uso dos EPIs ou pela adoção das medidas de precaução (AZAMBUJA, 1999; BRANDÃO JUNIOR, 2000; GELBCKE, 2002b; NISHIDE, BENATTI, ALEXANDRE, 2004; COSTA, FELLI, 2004; PIRES, 2004; STEFFENS, 2006).

Todas essas questões necessitam de reflexão para que as medidas de prevenção e proteção sejam incorporadas ao fazer do trabalhador, não como uma medida imposta, mas como uma ação que, por estar embasada no conhecimento que a justifica, transforma-se em práxis coletiva e cotidiana, podendo intervir na transformação da organização do trabalho. A ação do trabalhador pode ser potencializadora do acidente ou funcionar como protetora do processo de ocorrência do mesmo (AZAMBUJA, 1999). Assim sendo, o trabalhador precisa estar instrumentalizado com o saber que o conduz a agir individual e coletivamente no sentido de se proteger diante das situações que oferecem risco para a sua saúde, de potencializar os aspectos positivos do trabalho e de empreender ações no sentido da produção da saúde.

Apesar da conduta por vezes negligente do trabalhador, diante de situação reconhecidas por ele como oferecendo risco e da disponibilidade de EPIs na instituição, os acidentes de trabalho não são uma constante nesses ambientes. Nos últimos dois anos, dois dos trabalhadores entrevistados, um de cada hospital, envolveu-se com acidentes de trabalho. Um deles precisou seguir o protocolo medicamentoso e o outro, não. A maioria atribui a baixa ocorrência de acidentes nas UTIs à organização do ambiente e à existência de materiais e equipamentos disponíveis para o processo de cuidar.

*Na Clínica era mais freqüente do que aqui dentro da UTI, porque aqui a gente está sempre de luva, se tem um cuidado maior. Não que na unidade não tenha que ter mais. Às vezes, por um acidente, estás indo no meio do corredor e alguém chama, quando tu te dás conta, estás pegando um lençol sujo de sangue, são situações assim [...] (A5-HU).*

*Aqui é mais difícil. As pessoas costumam se precaver um pouco mais do que vai fazer, porque têm mais tempo para isso. Sei quando o paciente está parando, porque estou olhando ali, estou assistindo. A gente assiste o paciente até o último momento dele, até seu último suspiro, assisto tudo, consigo preparar, previamente, tudo aquilo que vou fazer. Já tenho uma previsão do meu material. Lá [no Serviço de Pronto Atendimento] não. É tudo correndo: esparadrapo correndo, punção correndo, tudo correndo. Aqui eles já estão puncionados teoricamente. Pode até precisar, mas não é na mesma proporção*

*que acontece lá (E6-HU).*

Quanto à realização de esforço físico, os trabalhadores expressam que os sujeitos do cuidado exigem o dispêndio de grande energia física para transporte para exames, mudanças de decúbito, higiene, troca de roupa de cama, enfim, para a realização das ações de cuidado. Reconhecem como essas atividades provocam o desgaste, mas afirmam realizá-las sem muita preocupação com o seu próprio corpo.

*Não sou de dar muita bola. Se tiver que fazer força, não estou nem aí para a coluna. Se precisar, viro pacientes sozinha, até dois. Posso demorar mais porque, às vezes, são grandes, mas viro. Não quero saber se vou arrebentar minha coluna, se vou criar hérnia (T7-HU).*

*Procura-se uma postura melhor, mas se for necessário, se pega o paciente à 'moda bicho', como costuma-se dizer e vai. Na maioria das vezes, vai numa boa (A6-HU).*

Por agirem dessa forma, a grande maioria refere ter problema de coluna. Apenas em uma das noites observadas no hospital universitário, foi visto que os trabalhadores atuam sempre de forma cooperativa, em se tratando da necessidade de mobilização dos sujeitos do cuidado. Todos se reúnem para a mesma ação, o que reduz consideravelmente o esforço despendido.

A questão das LER/DORT, discutida anteriormente, tem sido uma presença constante e frequência crescente entre os trabalhadores da enfermagem, aliada principalmente às precárias condições de trabalho. Diversos estudos têm procurado refletir sobre essa nova epidemia, entre eles, Pires e Gelbcke (2001) e Varela e Ferreira (2004). É premente que os trabalhadores organizem-se para um trabalho colaborativo, buscando dirimir as situações que podem produzir o desgaste e encontrando estratégias que promovam um trabalho onde as ações sejam produtoras de saúde.

### 7.3 O Sujeito Trabalhador em Reação

Essa dimensão do sujeito trabalhador será analisada no sentido de como é percebida e manifestada a forma de ser, de ver e de agir do trabalhador, diante de situações que exijam uma reação imediata, provocada por uma ação anterior ocorrida na organização do trabalho, entre seus pares ou com os sujeitos do cuidado. Essa reação pode variar desde a fuga até o enfrentamento. As diferentes formas de reagir dos diferentes trabalhadores expressam as subjetividades individuadas ou a submissão dos trabalhadores a uma subjetividade moldada, que perpassa a organização instituída do trabalho, partindo de sujeitos para sujeitos.

Ao serem indagados acerca de como reagem frente a **situações de conflito**, os trabalhadores apresentam os mais diversos comportamentos, porém são unânimes em referir que os conflitos são produtores de desgaste. O comportamento mais mencionado é aquele pautado no diálogo, na “conversa” entre os envolvidos. Alguns trabalhadores são mais diretivos, não conseguem ficar calados. Tão logo se estabeleça o conflito, já se manifestam e defendem seu posicionamento, independentemente da posição ocupada pelo outro na hierarquia do trabalho. Outros preferem investir em um tempo para pensar antes de falar, para

*(...) não tomar medidas drásticas, que possam provocar arrependimento (E7-HU).*

A necessidade do tempo, não significa omissão. Pelo contrário, é um momento em que o trabalhador poderá refletir sobre o ocorrido, de forma a não se precipitar, não fazer julgamentos prévios.

*Eu sou muito de falar. Não consigo ficar quieta diante de um conflito. Se eu não gostar, vou falar independente de quem seja na situação. Já passei por situações conflituosas, por exemplo, em função de colegas, da rotina de trabalho, como na situação do serviço da enfermagem que é de continuidade: eu lavo o material do colega e no outro dia ele lava só o dele, porque acha que o serviço é dividido. Mas eu sempre converso com os colegas e faço reuniãozinha (A3-HU).*

*Não, eu não tenho desgaste em nenhuma das situações. Eu sempre sou bem transparente. Eu acho que muitas vezes as coisas que acontecem entre colegas*

*mesmo, é falta de falar, é falta de chegar e falar. Acho que uma das coisas principais da nossa profissão é que ela é muito cheia de coisinhas. Tem gente que parece que tem o sabor de se salientar. Acha que se salienta pisando em cima dos outros ou apontando os defeitos e os erros dos outros, porque todos nós somos humanos (E8-HU).*

*Acho que, na verdade, a gente não está aqui para julgar ninguém e isso acontece, como se eu fosse o dono de tudo e soubesse tudo. E não é assim. Eu vejo assim e não posso querer que as pessoas vejam do mesmo jeito. Quando tem conflito, se não é comigo, tento sempre amenizar, procuro não colocar mais lenha na fogueira, tento amenizar. Isso desgasta emocionalmente afeta um pouco, porque é o teu local de trabalho, teu ambiente e quando é contigo pior ainda... Quando acontece alguma coisa, porque isso acontece, é normal. Eu acho natural acontecer. São pessoas que pensam, fazem e agem diferente (T3-HF).*

O diálogo é a melhor forma de resolução de conflitos, pois os sujeitos são diferentes, apresentam opiniões que divergem. Cada um tem uma história de vida que lhe confere modos próprios de viver determinadas situações, que não são necessariamente os mais corretos nem os únicos possíveis. Segundo Freire (2002), é no respeito às diferenças que o encontro entre os sujeitos se dá, na disponibilidade para ouvir, para se abrir ao diferente.

Alguns trabalhadores expuseram que nunca vivenciaram situações de conflito e que têm dificuldades para discorrer sobre possíveis reações, já que essas não foram vividas no ambiente de trabalho. Uma dessas trabalhadoras relata que costuma chorar, quando não consegue resolver determinada situação e acredita que assim agiria na iminência de conflitos.

*Sou muito chorona. Quero brigar e não consigo. Começo a chorar. Não consigo discutir e começo a ficar mais brava ainda e não conseguir falar e me expressar. E começo a ficar brava e a chorar. Eu tenho que parar, ir para um canto, não me estressar, para tentar resolver o problema (E2-HF).*

Destaca-se essa particularidade, pois foi possível observá-la vivenciando uma situação conflituosa, na qual se fez necessária sua intervenção, ao que se mostrou extremamente calma, ponderada, tentando encontrar uma solução plausível. Sua

pretensa fragilidade ou suposta fuga, foi concretamente substituída por uma atitude inesperada por ela mesma. Esse fato tem relevância no sentido de que é necessário enfrentar os desafios que se apresentam no cotidiano de trabalho, pois, por vezes, os supostos limites que o ser humano atribui a si mesmo, se esvaecem na concreticidade da situação.

Outro comportamento ou estratégia apresentada pelos trabalhadores consiste em não se envolver com os conflitos existentes. Afastam-se das situações conflitantes e envolvem-se com o seu trabalho. Em conflitos que envolvem tomadas de decisões, um trabalhador narra que, apesar de não concordar com a resolução tomada, sempre “cede”, pois acredita que não vai adiantar se expor.

*Vai depender da situação. Têm muitos que ocorrem aqui dentro e não me meto. Finjo que não percebo, finjo mesmo, vou cuidar do meu serviço. Têm alguns que eu cedo. Não vai adiantar, é médico ou enfermeiro, ele diz que é para ser feito. Não concordo, exponho minha idéia; não concordo, mas faço. Até hoje não neguei em não fazer nada, termino eu cedendo. Na maioria das vezes não me envolvo. Eles decidem lá em cima, eu só escuto. Não concordo, não gosto, saio um pouco chateada, mas não me envolvo. Estou procurando não me envolver. Porque, se eu assumo a briga, levo muito a sério, sou de levar até o fim. A não ser que [o conflito] seja muito em relação a mim, aí sim, caso contrário eles resolvam e eu acato (A6-HU).*

Dejours e Jayet (1994, p. 90), ao refletirem sobre as defesas do ser humano contra o sofrimento, ressaltam que uma das primeiras estratégias consiste em se “desvincilhar das responsabilidades, [...] a não mais tomar iniciativas, a sistematicamente se cercar de proteção em caso de dificuldades, a remeter sempre para os escalões superiores as decisões e a se ater às consígneas de execução”.

Ao se omitir perante os conflitos, os trabalhadores se eximem da co-responsabilidade pela organização do trabalho, pois os conflitos fazem parte das relações que se estabelecem no trabalho, que são parte da organização. Assim agindo, o trabalhador está igualmente se permitindo ter uma atitude de alienação em relação ao trabalho, ou seja, o trabalhador está fechando o espaço aberto pelo conflito, para participar, para expor seu ponto de vista, sua opinião, para mostrar sua subjetividade através do diálogo.

Na presença de **situações inesperadas**, o que é bastante comum nas UTIs, a totalidade dos trabalhadores referiu que até o inesperado é organizado na UTI. Por ser uma unidade pequena e não ser comum a falta de material, as “correrias” praticamente inexistem, o que facilita a atuação da equipe. Outro fator que contribui para a organização diante do inesperado está posto no monitoramento contínuo do sujeito do cuidado, tanto pelos equipamentos como pelo próprio trabalhador.

*Dentro da UTI, temos tudo à mão e estamos vigiando o paciente, está monitorizado, mesmo que este paciente vá parar, algum sinal ele vai nos dar antes disso. Então esse é o nosso benefício. Por isso que eu adoro UTI, porque tu tens como agir na hora certa. Em uma unidade, tudo fica mais difícil, até mesmo porque em uma unidade grande, muitas vezes o funcionário faz a medicação, verifica os sinais, e vai para o posto. É o familiar, que muitas vezes não é uma pessoa atendida. Quando se dá por conta, a gente nem sabe quanto tempo já aconteceu. Por isto eu acho que a UTI nos propicia a agir nas ações inesperadas (E8-HU).*

*A gente tem tudo pronto: tem uma parada, a gente já puxa o carrinho que está com tudo prontinho, têm todos os tamanhos de tubo, todas as medicações. É tudo muito organizado. Não tem que sair atrás de coisas, de um fluxômetro que faltou, não, está tudo prontinho. É estressante quando tem uma intercorrência e não consegues reverter e aquilo está ao teu alcance. Como o paciente que tem uma parada respiratória, tem que entubar e não consegues entubar. Aquilo ali gera um desgaste (E7-HU).*

*Gosto, adoro emergência. Quando tem parada, gosto dessa coisa assim, da adrenalina da emergência, principalmente quando a gente consegue reverter para o bem. Não aquela reversão que o paciente vai ficar todo seqüelado, que não adianta nada. Mas quando tu vês que fizestes um bom trabalho... A nossa equipe, até nisso a nossa equipe está toda montada. Todo mundo não precisa nem se falar. Todo mundo se olha e já sabe o que cada um vai fazer... Um já vai pegando, eu gosto da coisa assim (A2-HF).*

A maioria dos trabalhadores, ao expressar-se sobre sua reação nas situações inesperadas, salienta o quanto gosta de trabalhar na UTI, pelo fato de ser o trabalho mais organizado, mais participativo, apesar de mais estressante e cansativo. Deixam o prazer transparecer no olhar, no sorriso, nos gestos mais acentuados, na voz firme. É a vivência de um aspecto significativo no trabalho que traz satisfação, prazer, vontade de trabalhar, aspectos que aproximam o trabalhador de um trabalho com menos produção de desgaste. O estresse físico não deixa de ser manifestado por ocasião do “corre-corre” típico das urgências, mas é recompensado pela percepção de que o trabalho foi

bem feito.

A única situação, descerrada por eles como produzindo desgaste, reside no óbito inesperado de jovens e crianças, o que já foi discutido anteriormente.

Quando se pensa, baseado nas idéias de Guattari, que existe uma subjetividade moldada, que “aprisiona” os seres humanos, que parece querer ditar as normas de comportamento, é necessário ousar na realização de certas **transgressões**, como estratégia individual ou coletiva, para que possam ocorrer mudanças. Mudanças no processo de trabalho, tanto no sentido da construção de sujeitos críticos e responsáveis por si quanto solidários socialmente; mas que em comunhão, no diálogo coletivo, no sentido de Freire (1993), possam construir coletivos de trabalho mais satisfatórios e protetores para si e para os sujeitos do cuidado.

Algumas transgressões já são realizadas pelos trabalhadores; algumas de forma mais sutil, quase imperceptível, outras de forma mais incisiva. Nos dois hospitais estudados existe uma rotina institucionalizada com os horários estipulados para visita. Quando os trabalhadores percebem que essa rotina se interpõe às necessidades do sujeito do cuidado, eles a “transgridem”, sem culpas, sem constrangimentos.

*De início assim, talvez pela própria falta de segurança que a gente tem de iniciar em um ambiente novo. Era um pouco mais difícil. Era regra, era pré-estabelecido. Hoje não. De três meses para cá tenho sido mais flexível, embora procure não burlar as normas, mas eu criei flexibilidade. Hoje mesmo está entrando gente fora do horário para visitas, agora, dez e meia da noite entrando visita, mas porque vem de longe, às vezes não tiveram oportunidade e é um paciente em estado grave. De repente, se esperar para amanhã não vai estar aí mais o paciente. Então, tu flexibilizas, das cinco minutinhos (E4-HF).*

*Já passei por um constrangimento por isso, de ter abandonado a porta [durante o horário de visita] e ter ido atender um familiar que me solicitou [dentro da UTI]. Não me arrependo também. Levei uma [chamada] do Dr.X, mas não tem essa. Fiz o que deveria ser feito. Fiz o papel de herói, que sempre faz o que tem que ser feito (T4-HF).*

Baseado nas idéias de Dejours (1994, 2003) é possível alegar que essas “transgressões” individuais ou coletivas, vêm no sentido de modificar temporariamente a organização do trabalho quando não é possível uma reorganização em determinados aspectos do mesmo. Essas modificações temporárias conduzem a

resoluções igualmente temporárias. Assim sendo, o trabalhador terá novos e incontáveis confrontos com situações semelhantes, em que novamente as transgressões serão a sua estratégia para lidar com o seu sofrimento ou com o sofrimento do outro.

A subjetividade do trabalhador, sua forma de vivenciar o trabalho, de experienciar as diferentes situações de trabalho, confere-lhe a autonomia para agir diante das situações não previstas, que constituem a organização real do trabalho. Essa autonomia, ainda que em pequenos momentos, confere ao trabalhador uma sensação de poder, de domínio sobre o trabalho. O que vem ao encontro da necessidade que tem o ser humano de desenvolver um trabalho humanizado, que tenha o caráter de produção, mas que permita ao trabalhador manter sua característica de humanidade, de participação e não de alienação, de envolvimento, de conhecimento. Estas são características que aproximam trabalho e trabalhador, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho com satisfação.

De acordo com Foucault (1996), o poder é uma prática social, construída historicamente, que existe em toda estrutura social. Não existe quem detenha o poder de um lado e quem esteja dele alijado de outro. Para esse autor, o poder não existe por si só. O que existe são relações ou práticas de poder que se disseminam por toda essa estrutura social, no cotidiano da vida em sociedade, sendo manifestadas através de gestos, hábitos, comportamentos, palavras, formando discursos, que estabelecem os micropoderes.

Esses micropoderes mantêm uma estreita relação com os saberes construídos e reconstruídos individual e coletivamente. De uma forma geral, os momentos de “transgressões” estão embasados no conhecimento que o trabalhador tem interiorizado a respeito daquilo que momentaneamente transgride. Ou seja, quando o trabalhador tem conhecimento a respeito de uma determinada norma ou rotina, mas tem um outro conhecimento que lhe fundamenta para a percepção da necessidade premente da “fuga” desta, o trabalhador transgride com a convicção que lhe sustentará uma possível punição. No entanto, nem todos os trabalhadores, mesmo reconhecendo ter o conhecimento que lhe dá a sustentação para transgredir, conseguem ter esse comportamento, pois a concretude (ou não) dessa atitude está na dependência da subjetividade de cada trabalhador, do medo de perder o emprego e de enfrentar

possíveis ações autoritárias, enfim, de como o sujeito trabalhador percebe sua inserção no processo de trabalho e do quanto se sente capaz para enfrentar as normas, as rotinas, as prescrições.

De acordo com Melo (2002, p. 163, 164), o comportamento do trabalhador diante das possíveis transgressões, através do desenvolvimento de ações individuais ou coletivas, está na dependência

das possibilidades existentes de coligar com seus colegas; de mobilizar a solidariedade de outros ou do grupo; da sua capacidade de se beneficiar destes elementos; da capacidade de construir e estabelecer relações; de comunicar, de estabelecer e reverter alianças e, principalmente, de suportar tensões psicológicas decorrentes do risco de um conflito.

Além dessas questões, as diferentes vivências sociais, políticas, econômicas, culturais e psicológicas, interferem na capacidade do trabalhador de criar estratégias para lidar com o instituído. Pereira (2000, p. 104,105) salienta que

vivemos a expectativa do dever-ser, dever-fazer, que nos aniquila e aprisiona, sufocando, ordenando e impondo condições angustiantes ao nosso cotidiano. Acreditamos que as ordens precisam ser cumpridas, mas, no fundo, sentimos necessidade de respirar quando afogados por tantas imposições.

É a subjetividade e o conhecimento que “armam” o trabalhador para o “combate” contra o instituído. Nessa “arena” não existem os derrotados e os vencedores. Existe uma luta constante pela qualidade de vida, pela produção da saúde do sujeito do cuidado e, igualmente, do sujeito trabalhador, pelo combate ao desgaste que provoca sofrimento no trabalhador. É essa luta que motiva, que estimula os sonhos e o prazer no trabalho.

## **CAPÍTULO 8**

### **O TRABALHO DA ENFERMAGEM PRODUZINDO A SAÚDE E O DESGASTE DO TRABALHADOR**

Um dos elementos que move os seres humanos na busca pela produção e reprodução de conhecimentos é a inquietação do pensamento, diante de situações cotidianas para as quais se descortinam possibilidades de um fazer diferente. Uma vez “inquietado”, o ser humano tem a possibilidade de buscar (ou não) formas para concretizar esse fazer diferente.

A minha inquietação diante de um fazer “rotineiramente” desprotegido, das múltiplas situações que produzem desgaste nos trabalhadores da enfermagem e de formas de organização do trabalho, que abrem poucos espaços para a participação dos trabalhadores no processo de trabalho, mobilizou a investigação que resultou nesta tese. Preocupava-me em produzir uma contribuição à reflexão, que pudesse estimular a construção de formas diferentes de fazer o instituído e o (re)pensar sobre o modelo hegemônico de organização do trabalho e das práticas profissionais, considerando também as subjetividades envolvidas no processo de trabalho, de modo a potencializar a organização e a ação do trabalhador para a produção da saúde.

Para responder à questão inicialmente posta - “De que forma o(a) trabalhador(a), como sujeito capaz de expressar sua subjetividade pode ser potencialmente mobilizador(a) de ações produtoras da saúde para si, nas diversas dimensões de seu trabalho?”- foi necessário compreender a realidade de trabalho, através do “olhar” e do entendimento dos trabalhadores de enfermagem. Essa realidade foi, então, submetida ao meu olhar atento de pesquisadora, apoiado pelo conhecimento científico disponível compilado em um referencial teórico especialmente construído para esta investigação, pela experiência vivida na minha prática profissional e pelas observações de campo.

Ao buscar identificar e compreender as ações dos trabalhadores, que potencializam a produção da sua saúde ou do seu desgaste, foi possível perceber o aflorar de certas estratégias que os trabalhadores utilizam para reagir ao sofrimento que advém do desgaste provocado pela sua interação com o trabalho.

Em determinados momentos, as estratégias parecem vir acompanhadas pelo desejo de “inserir” determinada ação no processo de trabalho, antes inexistente, ou de transgredir a norma ou intervir na lógica instituída para que as ações aconteçam no sentido da produção da saúde, algumas vezes apenas individualmente e outras envolvendo o coletivo.

O trabalhador da enfermagem, ao estabelecer relações com os demais trabalhadores e com o sujeito do cuidado em uma determinada organização de trabalho, pode expressar, através de ações, relações e reações, seus diferentes modos de ser e de ver o mundo, construindo-se e constituindo-se como sujeito no e do trabalho. Ao construir-se e participar da construção coletiva do trabalho, o trabalhador exterioriza seu potencial para criar e (re)criar, e para produzir saúde ou desgaste. Ao mesmo tempo, exterioriza sua subjetividade singular num processo intersubjetivo estabelecido com os demais sujeitos. A expressão dessa sua subjetividade na objetividade do trabalho pode intervir na lógica produtora da saúde ou do desgaste.

Uma vez que a lógica da organização do trabalho que se pretende está no sentido da produção da saúde, o potencial do trabalhador que, igualmente, se pretende salienta, é aquele direcionado para a produção da saúde de si e do outro. No entanto, o processo de desgaste precisa ser identificado na organização do trabalho para que ações transformadoras possam ser vislumbradas.

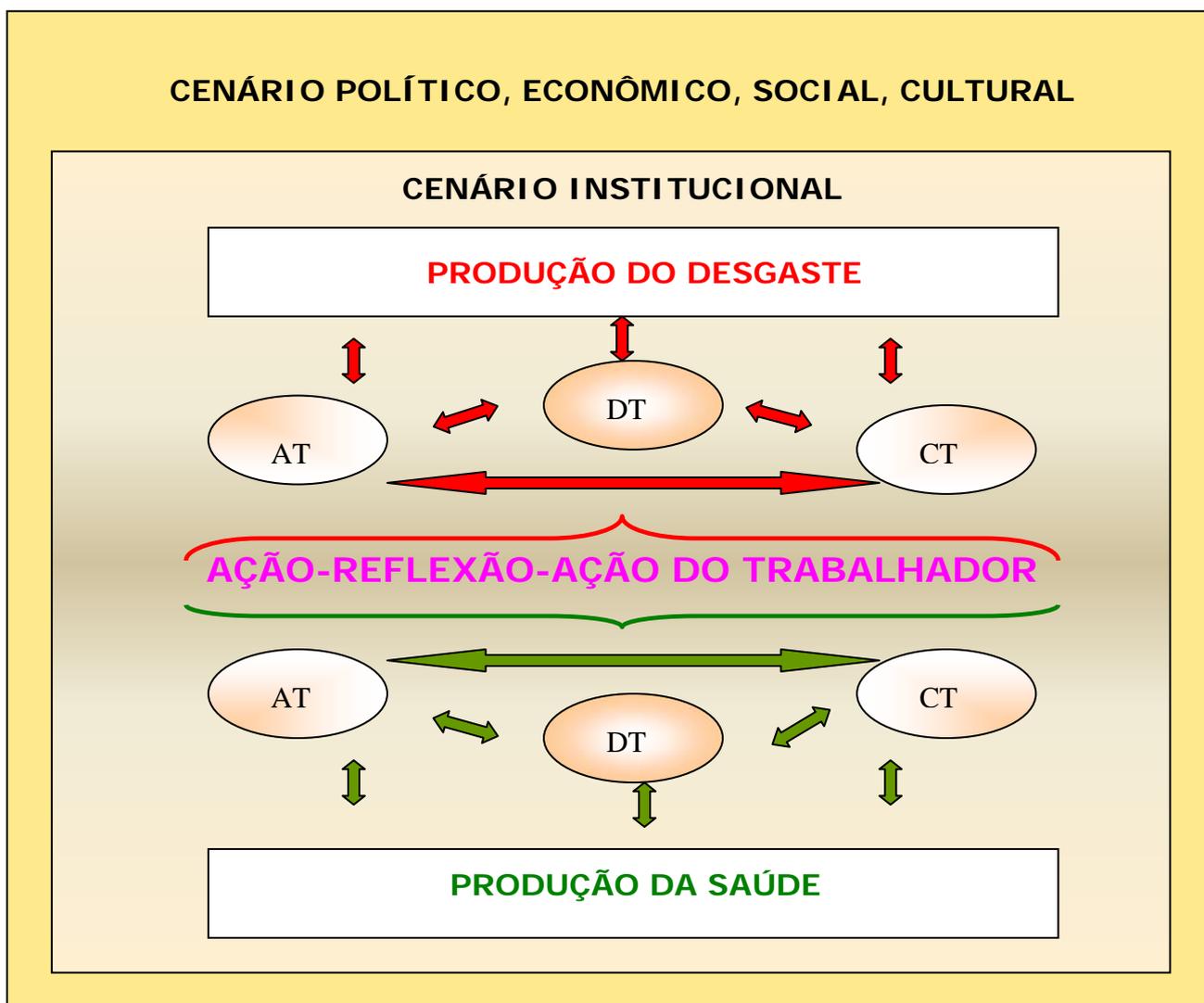
A produção da saúde, no cenário deste estudo, é um processo de construção individual e coletiva, pautado em uma inter-relação constante entre o potencial herdado biologicamente pelo ser humano e o potencial adquirido pessoalmente por ele, no decorrer de sua existência. Por ser um sujeito social, as relações que estabelece com diferentes seres humanos nessa sua existência exercem forte influência no potencial adquirido ao longo da vida. As condições de vida, as ações politicamente determinadas, o ecossistema, enfim, as diferentes situações sociais estão constantemente interagindo com o ser humano, de forma a participar efetivamente

nesse processo de produção. A responsabilidade pela produção da saúde é, portanto, de cada um e de todos, através de um processo coletivo de integração. Essa produção da saúde no contexto do trabalho está na interdependência da organização do mesmo e das relações sociais e de produção.

Na estrutura das UTIs estudadas, há certa identidade, no que diz respeito ao processo da produção da saúde dos trabalhadores de enfermagem sendo entrecortada e se mesclando, freqüentemente, pela e com a produção de desgaste. O processo de trabalho nas UTIs está na interdependência da organização do trabalho institucional como um todo, o que interfere, sobremaneira, na produção da saúde ou do desgaste dos trabalhadores da enfermagem. Sua ação ou interação com a organização do trabalho, entretanto, potencializa igualmente tais produções.

Quanto mais pautadas no processo de ação-reflexão-ação estiverem as ações dos trabalhadores, mais potencializadoras o serão da produção da saúde. Por outro lado, o fazer mecânico, rotinizado e repetitivo, tende a favorecer a produção do seu desgaste no trabalho.

A Figura 3 busca representar esta inter-relação. A interação “saudável” entre o trabalhador e a organização do trabalho, sinalizada pela cor verde, demonstra ser este o caminho “livre”, o caminho ideal, o caminho da reflexão, da criatividade, do espaço para expressar a subjetividade individuada do trabalhador, o caminho potencializador da produção da saúde. A sinalização vermelha infere perigo, desgaste, momento de parar, de se “olhar” e de “olhar” para a organização do trabalho.



**Figura 3:** Representação da Potencialidade do Trabalhador para a Produção da sua Saúde ou do seu Desgaste

O trabalhador, inserido no processo de trabalho, pode potencializar a produção da sua saúde ou do seu desgaste. O processo de ação-reflexão-ação do trabalhador, favorecido e estimulado pelo processo educativo no trabalho, é um forte desencadeador da potencialidade do trabalhador para produzir sua saúde ou seu desgaste, produção esta sempre influenciada pelas micro e macroestruturas sociais.

A realidade cotidiana dos trabalhadores de enfermagem, nas UTIs estudadas,

mostra-se, em determinados momentos, mais sinalizada de verde, em outros, mais de vermelho. Além das freqüentes oscilações entre a saúde e o desgaste, que caracterizam a dialética própria dos movimentos da vida e do trabalho, tais realidades estão permeadas pela trajetória histórica da enfermagem, marcada por reproduções e rompimentos. Como os seres humanos são seres inacabados, em constante construção, o trabalho nessas unidades pode ser igualmente construído na cotidianidade, sem a necessidade de que o trabalhador permaneça sujeito às “subjetividades modeladas” institucionalmente, no sentido elaborado por Guattari (2005).

Essa construção, no entanto, requer, de um lado, trabalhadores que conheçam a realidade em que atuam para incidir sobre ela a crítica que conduz à modificação estimulada pelo desejo de produzir saúde para si e para o outro. De outro lado, requer uma organização que envolva, que congregue as diferenças, que permita mudanças, que se abra às diferentes subjetividades individuadas dos trabalhadores. E, para que ocorra a construção da subjetividade coletiva, não mais modelada e apresentada como pronta, mas “modelada coletivamente”, em uma perspectiva crítica, é preciso basear-se na experiência dos trabalhadores e nas necessidades da organização real do trabalho, além de permanecer aberta às constantes modificações próprias da história e do ser humano.

Neste sentido, as observações de campo e as falas dos trabalhadores permitiram identificar, nas UTIs estudadas, enquanto espaços onde as organizações de trabalho ganham vida, situações que potencializam a sua saúde e situações que potencializam o seu desgaste. No entanto, determinada situação pode produzir saúde para determinado trabalhador e desgaste para outro, visto a produção da saúde ser fortemente marcada pela subjetividade.

Em relação à lógica que orienta os dois hospitais quanto ao modo de gestão, poucas, porém, significativas diferenças foram observadas. Uma delas diz respeito aos direitos trabalhistas resultantes das diferentes formas de contratação. Os trabalhadores do hospital filantrópico não possuem a segurança gerada pela estabilidade como os trabalhadores do hospital universitário, cuja lógica do emprego público assegura. Neste sentido, os momentos de observação permitiram captar expressões, comportamentos e pequenos comentários feitos pelos sujeitos trabalhadores que

demonstram o “receio” de serem dispensados. Atribuí a essa situação de instabilidade no emprego, certas atitudes relatadas que denotavam passividade diante dos acontecimentos.

Uma trabalhadora entrevistada deixou claro seu descontentamento com mudanças que estavam para ser realizadas na equipe de trabalho de seu turno, que poderiam culminar com a troca de um colega para outro horário ou outra unidade. Essas mudanças, em seu modo de ver, além de prejudicarem o grupo que já tem um ritmo coletivo de trabalho, uma certa identidade, não estava bem justificada. No entanto, apesar de não concordar, não conseguiu mobilizar esforços para argumentar, questionar, mostrar as necessidades do grupo e o quanto tais mudanças trariam conseqüências desagradáveis.

O que poderia estar movendo esse comportamento da trabalhadora? Será que seu aparente “comodismo” está encobrindo o medo de perder o emprego? Será que a simples manifestação de desacordo ou descontentamento, mesmo que argumentado e apresentado de forma coerente, colocariam “em jogo” o espaço ocupado pela trabalhadora na instituição?

No entanto, contrariando minhas expectativas de que no hospital universitário os trabalhadores agiriam diferentemente, por estarem respaldados pela estabilidade, atitudes de passividade e de “acomodação” diante do instituído também foram identificadas. Este achado sinaliza para a complexidade do fato, assim como para a necessidade de agregar outras explicações, o que demanda outros estudos.

Apesar do hospital universitário estruturar-se sob uma lógica diferenciada, os trabalhadores agem de forma semelhante. Isto faz inferir que as atitudes do trabalhador no trabalho são influenciadas pelas questões estruturais, sem dúvida, mas têm forte ligação com a forma de ser do trabalhador, com suas singularidades. Por vezes os trabalhadores parecem estar “amarrados” pela subjetividade coletiva, modelada e repassada como única, parecem submissos, com atitudes que os aproximam de sujeitos sujeitados. Em outros momentos, parecem motivados à mudança, a investir em favor de si e do coletivo do trabalho, mesmo que isso envolva se expor e se mostrar na organização do trabalho.

Todos os sujeitos possuem subjetividades individuadas, construídas ao longo de

sua existência e que, quando em confronto com as subjetividades modeladas ou quando expostas à realidade de trabalho, podem gerar reflexões ou ações no sentido de provocar transformações nesta realidade ou no próprio sujeito (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Se o fator que desencadeia as atitudes passivas está assentado no medo de perder o emprego, esse medo pode não ser unicamente gerador de passividade. Pode também ser canalizado para uma ação mais participativa no trabalho, com vistas a buscar transformações e melhorias no ambiente e nas situações de trabalho. Pode o trabalhador buscar o inusitado, o diferente, mas, para isso, precisa de tempo e espaço para um agir refletido, que lhe possibilite a crítica e a mudança.

O medo impõe certas limitações que podem ser externas ao ser humano e que podem nascer de expectativas próprias, nem sempre condizentes com a realidade. O medo do desemprego é externo, é uma possibilidade concreta, principalmente no hospital filantrópico, que origina uma expectativa e tensão individual constante. A canalização desse medo é, então, necessária para que o trabalhador se liberte de sentimentos que podem representar empecilhos e limites ao seu fazer e ao seu pensar.

Se o comportamento passivo apresenta-se como reação a uma organização restritiva, que pouco se preocupa em valorizar a liberdade criativa e as necessidades dos sujeitos trabalhadores, é necessário encontrar estratégias coletivas que venham a abrir caminhos para um fazer “desimpedido” no que se refere à produção da saúde do trabalhador.

Acredita-se que um dos caminhos possíveis esteja na realização de reuniões entre as equipes de saúde, nas quais os problemas atinentes a cada setor com repercussão nos demais, como foi observado, sejam pensados coletivamente, de forma a encontrar soluções que beneficiem a todos, reduzindo as cargas de trabalho e a produção do desgaste e busquem uma assistência de qualidade. As reuniões também podem ser espaços de confraternização, de expressão dos diferentes sujeitos trabalhadores, de construção de relações intersubjetivas pautadas na interação e na integração.

Existem situações vivenciadas no processo de trabalho da enfermagem, que são percebidas pela totalidade dos trabalhadores participantes do estudo como causadoras

de desgaste. No que diz respeito às condições de trabalho, uma dessas situações é a falta de materiais de consumo e de materiais permanentes. O estudo identificou diferenças em relação às condições materiais existentes nos dois hospitais e às cargas de trabalho.

No hospital filantrópico a falta de material e de equipamentos são mais significativos, resultando em cargas de trabalho maiores. O desgaste provocado vem no sentido da interferência negativa que o déficit de material provoca no cuidado prestado ao sujeito hospitalizado e na saúde do sujeito trabalhador.

Quanto ao sujeito do cuidado, os trabalhadores referem que a falta de material faz com que convivam com a impossibilidade de atender às necessidades do sujeito do cuidado, na direção e da forma adequada prevista pelo conhecimento científico existente. A sensação de impotência frente ao sujeito do cuidado, frente ao saber que mostra o caminho e à ação a ser feita, e a realidade que não possibilita um cuidado adequado e seguro é algo extremamente desgastante.

Quanto ao desgaste para o próprio trabalhador, o mesmo aparece extremamente vinculado ao desgaste físico resultante da procura de material em outras unidades ou setores. O desgaste aumenta quando a falta de materiais ocorre em situações de urgência, em que a perda de tempo pode significar a perda de uma vida. Aliado ao desgaste físico, o trabalhador sente a limitação imposta pela organização do trabalho, diante da necessidade do outro, e tenta, incansavelmente, procurar material para superar a limitação da vida, sentindo o esgotamento emocional que emana dessa condição.

A falta de material de consumo vinculada à previsão deficitária pelo(a) enfermeiro(a) da unidade no momento da realização do pedido, ou ao déficit provocado pelo gasto superior ao habitual gera desgaste no trabalhador de enfermagem. Essa situação ocorre principalmente no trabalho noturno, período em que os setores responsáveis pela entrega de material não funcionam ou não têm rotina para entrega de material.

Quanto a esse problema, a elaboração de uma estimativa de gastos semanais, por unidades, auxiliaria na elaboração de um cálculo das quantidades a compor o estoque mínimo de materiais no almoxarifado e farmácia dos hospitais, de forma a

agilizar a compra de material sem prejuízo do trabalhador nem do sujeito do cuidado. As compras parecem ser feitas ao término do material, o que inviabiliza sua disponibilidade quando necessário.

Os equipamentos de tecnologia de ponta no hospital filantrópico, de acordo com os trabalhadores de enfermagem, deixam a desejar, por serem equipamentos antigos. A necessidade de reparos é freqüente, implicando tempo do equipamento fora da unidade. No hospital universitário, os equipamentos são mais modernos, reduzindo as cargas de trabalho. Em contrapartida, o retorno do equipamento, quando é deslocado para reparo, é bem mais demorado do que no hospital filantrópico.

De um modo geral, os serviços de apoio no hospital filantrópico, na visão dos trabalhadores, oferecem real “apoio” ao desenvolvimento das ações de enfermagem junto ao sujeito do cuidado, o que não aparece de forma similar no hospital universitário, onde os trabalhadores de enfermagem encontram dificuldades. Que fatores poderiam estar na gênese dessa problemática?

A mesma forma gerencial que incute certo “medo” nos trabalhadores da enfermagem parece explicar, em parte, o pronto atendimento dos serviços de apoio às solicitações da UTI do hospital filantrópico. Existe uma forte exigência externa que mobiliza o fazer dos trabalhadores. Se os trabalhadores não atenderem às exigências e aos interesses da administração, são demitidos. A percepção individual desses trabalhadores do quanto determinado serviço é necessário, pela gravidade que envolve o estar internado em uma UTI, até existe, mas o que parece mover ou ditar a rapidez e a presteza no atendimento é a forma de gerenciamento existente no hospital. Essa forma de gestão, apesar de resolutiva, impõe aos trabalhadores um enorme desgaste

Já a lógica de contratação existente no serviço público, na qual o trabalhador tem certa estabilidade, pode implicar negativamente nas ações dos trabalhadores, como é o caso apontado da morosidade no atendimento, por parte dos trabalhadores dos serviços de apoio no que diz respeito às solicitações feitas pela equipe de saúde da UTI. Os trabalhadores sentem-se como que amparados, no fato de que nada pode acontecer diante da falta de envolvimento com as questões do trabalho.

Atribui-se, também, a morosidade e a falta de envolvimento dos trabalhadores às dificuldades de gerenciamento de determinadas questões existentes no hospital

público. O hospital público, por fazer parte dos serviços de saúde vinculados à rede de atendimento do SUS, portanto subordinado às políticas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde, está na interdependência resolutiva para uma série de questões, entre as quais “estrutura organizacional, financiamento, política de pessoal, tipo de assistência prestada, população alvo e recursos disponíveis” (PIRES, 1998, p. 125). Além disso, o hospital universitário também se encontra vinculado à Universidade local, o que dilui, ainda mais, seu poder decisório.

Destaca-se, neste momento, o gerenciamento da força de trabalho que, por estar assegurada pela estabilidade, torna-se resistente a certas exigências necessárias ao bom funcionamento do hospital como um todo. Exigências, no sentido de seguir um direcionamento necessário no trabalho para que sua finalidade seja alcançada.

Para os trabalhadores, a estabilidade poderia estar na base das reivindicações trabalhistas e das melhorias nas condições de trabalho, com conseqüente redução das cargas a que estão expostos. No entanto, por outro lado, a estabilidade não pode servir de apoio para atitudes revestidas por um aparente descompromisso, diante das necessidades do trabalho, seja dos sujeitos do cuidado, seja dos trabalhadores.

Outro fator que desponta como potencializador da produção de desgaste é a falta de pessoal. Os trabalhadores, por já terem experienciado essa problemática, principalmente no hospital filantrópico, atribuem a essa falta um grande motivo de desgaste, vinculado à sobrecarga de atividades em uma unidade caracterizada pela intensa demanda de trabalho. Apesar do número de trabalhadores, a partir de um cálculo de pessoal realizado de forma ilustrativa, não estar em defasagem, nos momentos de observação foi possível identificar situações que interferem, significativamente, na real disponibilidade de força de trabalho para a assistência cotidiana, a saber: trabalhadora em final de gestação, trabalhadora afastada por interrupção espontânea na gestação, trabalhadora afastada das atividades por traumatismo (fora do hospital), trabalhadores de férias. Em determinados dias de trabalho, o número mostrava-se reduzido por intercorrências que extrapolam o mundo do trabalho, mas que trazem repercussões negativas e que se fazem sentir com profundidade no cansaço causado nos trabalhadores.

Uma questão que provoca abalo na equipe de enfermagem está nas mudanças

freqüentes de pessoal. Isso produz descontentamento e sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, desgaste nos trabalhadores. Argumentam que a entrada de novos colegas, a maioria sem experiência de trabalho em hospital e, muito menos em UTI, que exige um conhecimento diferenciado principalmente no tocante aos equipamentos de tecnologia de ponta, provoca sobrecarga física e psíquica, uma vez que se vêm com necessidade de monitoramento constante dos colegas. Além de não conhecerem a estrutura física da UTI, desconhecem a dinâmica e muitos dos instrumentos de trabalho. Esta referência desponta nos trabalhadores do hospital filantrópico por estarem vivenciando trocas constantes na equipe de enfermagem, quando no período das entrevistas.

Já no hospital universitário, as equipes têm se mantido inalteradas ou com pequenas modificações, não manifestando inconformismo nos trabalhadores. A convivência mantida entre as equipes que compõe o turno de trabalho faz-se necessária, na percepção dos trabalhadores, para que se conheçam e conheçam o trabalho um do outro, para que possam estabelecer, no grupo, a confiança necessária para um trabalho coletivo e cooperativo. A expressão das singularidades parece ser facilitada nos pequenos grupos de trabalho, nos quais as relações interpessoais acontecem mais amiúde. Para alguns, a expressão de si no trabalho facilita as relações; para outros dificulta, pois o expressar-se faz eclodir as diferenças, as similaridades, as exigências, as diferentes formas de expressar suas necessidades e de “cobrar” o respeito a elas. Mesmo que provoque dificuldades, a expressão de si é necessária para que as relações se processem embasadas no conhecimento de si e do outro. As dificuldades, a exemplo do apresentado no texto, podem ser resolvidas por meio do diálogo.

Os trabalhadores entrevistados enfatizam, em suas falas, que trabalhar em equipe significa trabalhar em conjunto, ter um bom relacionamento entre os trabalhadores do mesmo turno de trabalho e saber respeitar os espaços e os limites de cada um. É desenvolver um espírito de cumplicidade que os protege da lógica por vezes opressora.

Existe um forte sentido de “cumplicidade”. Cumplicidade como confiança, como cooperação, como necessidade, até mesmo como uma estratégia de defesa contra

as exigências da organização prescrita. Um ajuda o outro, um “tapa o furo” do outro, porque se conhecem, sabem dos limites humanos uns dos outros e se respeitam. Mas para que isso aconteça, segundo os trabalhadores, a convivência é fundamental para que possam se mostrar, se expressar e construir uma relação embasada na confiança, apesar das inúmeras diferenças que caracterizam os sujeitos.

Ao usar a expressão “tapar os furos”, a ênfase dada está na preocupação de encobrir pequenas falhas humanas, por parte dos trabalhadores, para que não venham a ter conseqüências negativas para o sujeito do cuidado nem para quem a cometeu, evitando uma ação punitiva direcionada ao colega de trabalho ou repercussões em sua saúde. Essa preocupação é pertinente. Por mais que seja inadmissível a presença de falhas, quando se trata de um trabalho direcionado a outro ser humano, sabe-se que, por vezes, acontecem. Existe a sobrecarga de trabalho, o cansaço pela dupla e até tripla jornada, o constante estado de alerta exigido pelos trabalhadores das UTIs em função da gravidade dos sujeitos do cuidado, enfim, são seres humanos que não estão livres de reações que podem vir em conseqüência de sua relação com a organização do trabalho. Na maioria das vezes, são pequenas “falhas” que trazem prejuízo ao próprio trabalhador, como o fato de não usar luvas, ao realizar uma punção venosa.

Neste sentido, é fundamental que exista a ação cooperativa que venha a auxiliar o desempenho dos trabalhadores, diante de possíveis falhas e evitar desgastes.

Além dos sentimentos e necessidades elencados pelos trabalhadores de enfermagem com relação ao trabalho em equipe, de valor inquestionável, até porque cada grupo encontra, no estabelecimento de relações intersubjetivas, seus constrangimentos e suas superações, é premente refletir sobre a equipe que se quer no trabalho das UTIs estudadas e sobre a equipe que se tem.

São reflexões necessárias, quando se pensa em produção da saúde dos trabalhadores em um processo de trabalho no qual diferentes profissionais se encontram, interagem, exercem certas relações de poder de forma implícita ou explícita, em que diferentes conhecimentos estão em constante entrelaçamento, com vistas a direcionar ações a um mesmo objeto de trabalho: o sujeito do cuidado.

Quanto ao relacionamento entre as diferentes equipes que compõem o trabalho em saúde, salientaram, novamente, a importância do respeito às identidades próprias

de cada equipe de profissionais e do bom relacionamento entre eles. Em nenhum momento, porém, os trabalhadores fizeram alusão à necessidade de articular ações e saberes que repercutam em um trabalho com mais qualidade para si e para os sujeitos do cuidado. Durante as observações de campo, foi possível apreender que a articulação das diferentes ações e conhecimentos se faz necessária para que o trabalho da enfermagem tenha mais visibilidade e para que seus conhecimentos possam estar sendo coletivizados e repercutindo na melhoria da assistência de enfermagem. A lógica do trabalho colaborativo e valorativo potencializa a produção da saúde dos trabalhadores.

Têm-se, então, nas UTIs estudadas, equipes que se aproximam de “agrupamentos”, ou seja, profissionais de diferentes áreas atuam conjuntamente sem que a articulação necessária entre eles seja problematizada (PEDUZZI, 2001).

Busca-se, no entanto, uma “equipe integração”, já que o sujeito do cuidado é indivisível e, como ser total, clama por uma assistência integralizada, com os diferentes profissionais agindo com base em uma mesma proposta de assistência e os trabalhadores têm necessidade de desenvolver suas ações em um ambiente reflexivo, com integração e interação entre as equipes, enfim, em um ambiente que lhes proporcione espaço para expressar sua capacidade criativa, suas singularidades e construir intersubjetividades.

Como fazer acontecer, no cotidiano de trabalho das UTIs, o estabelecimento de relações intersubjetivas entre os trabalhadores de uma mesma profissão e entre esses e os trabalhadores de outras equipes, no intuito de chegar às equipes que se quer?

Peduzzi (2001), em um estudo sobre trabalho em equipe, propõe critérios que auxiliem no reconhecimento das equipes de trabalho como pertencentes à modalidade de “equipe agrupamento” ou de “equipe integração”. Alguns desses critérios aproximam-se das estratégias pensadas para o “fazer acontecer” o trabalho em “equipe integração”.

Uma das estratégias vislumbradas está na elaboração de uma proposta assistencial partilhada, ou seja, os trabalhadores constroem um plano de ação comum “que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração

que configura outro projeto comum” (PEDUZZI, 2001, p. 107).

No processo de elaboração de um projeto coletivo, os diferentes saberes são compartilhados, de forma a abarcar os diversos aspectos do sujeito do cuidado, ou seja, a ação de cuidar se integraliza a partir da coletivização de diversos saberes.

Outra estratégia possível para o trabalho em equipe está na superação histórica das relações de subordinação existentes entre os diferentes profissionais da área da saúde. Cada profissão tem sua identidade no processo de trabalho em saúde, que foi construída social e historicamente, identidades diferenciadas que “constituem fontes de significado para os próprios autores, por eles originadas, e construídas por meio de um processo de individuação” (CASTELLS, 2006, p.23).

Essa identidade pode e deve ser preservada pelos sujeitos trabalhadores sem que isso signifique um jogo de poderes, de quem tem mais ou menos saberes, de quem ocupa posição de maior ou menor destaque. Preservar a identidade profissional no sentido de manter ou melhorar o espaço conquistado politicamente, socialmente, ideologicamente, enfim, pela ação no mundo. No sentido de superar a hegemonia que confere “poder” a determinadas profissões em detrimento da importância e do espaço socialmente construído por outras.

A construção de um trabalho em equipe, que perpassa pela integração dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidar, estaria valorizando os trabalhadores e fazendo com que cada um deles e cada equipe de trabalho se reconheça importante e fundamental. Ao desenvolver uma proposta compartilhada de ações para e com o sujeito do cuidado, muitas das diferenças instituídas e subjetivadas coletivamente podem ser dirimidas, dando espaço a um trabalho coletivo e cooperativo, que beneficie tanto o sujeito do cuidado quanto o trabalhador.

O trabalho desenvolvido em instituições hospitalares necessita ser pensado, de forma colaborativa e cooperativa, pela interdependência que caracteriza a realização das diferentes ações direcionadas ao sujeito do cuidado. As ações de um trabalhador interferem, significativamente, no fazer do outro.

O trabalho desenvolvido em equipe, como equipe integração, desponta, portanto, como uma estratégia potencializadora da produção da saúde do trabalhador. O reconhecimento pelo trabalho realizado e a valorização do trabalhador da

enfermagem pelos sujeitos do cuidado e pelas diferentes equipes de trabalho foi apontado como elementos potencializadores da sua saúde. No entanto, nem sempre os trabalhadores vêem seu trabalho valorizado. Uma das trabalhadoras do hospital universitário salienta que essa desvalorização parece ser algo já institucionalizado, em que a enfermagem é vista como uma profissão que “faz”, independentemente do conhecimento que lhe é pertinente. O trabalhador de enfermagem quer ser reconhecido pelo seu potencial de organizar e prestar o cuidado a outro ser humano, através de um fazer refletido, que possibilite, além de executar ações, planejar e pensar cada ação para cada sujeito do cuidado.

Uma das manifestações concretas da desvalorização, percebida pelos trabalhadores, está na falta de condições para o descanso das equipes de enfermagem do noturno. Nas duas UTIs, o espaço físico existente propicia que pequenas mudanças sejam efetuadas, proporcionando um descanso com qualidade para os trabalhadores de enfermagem, o que pode reduzir seu desgaste.

Ao serem questionados se a interação estabelecida entre os trabalhadores e a organização do trabalho potencializava mais a produção de sua saúde ou do seu desgaste, os trabalhadores referiram, majoritariamente, que potencializa a sua saúde, justificando sua visão no fato de gostar do trabalho que realizam.

No entanto, gostar do que faz não é suficiente para reduzir as cargas de trabalho. É fundamental para a relação estabelecida entre o trabalhador e seu trabalho, mas talvez insuficiente para potencializar, por si só, a produção da saúde. Tanto não se mostra suficiente, que a lógica da organização do trabalho nas duas UTIs estudadas ainda tem uma forte tendência para potencializar o desgaste nos trabalhadores, se considerarmos as condições de trabalho, os modelos de gestão, as relações de poder e de hegemonia perpetuados, e a valorização do trabalhador da enfermagem, principalmente no que se refere à produção e reprodução de conhecimentos.

É preciso, pois, pensar mudanças, tanto nas organizações quanto nos trabalhadores, para que se possa intervir na lógica existente. O início e o estímulo necessários para o processo de mudanças já está presente na maioria dos trabalhadores, pois afirmam gostar do trabalho que desenvolvem. Há, no entanto, que se proporcionar espaços de expressão dos sujeitos trabalhadores no trabalho, a fim de que, por meio da

ação coletiva, as modificações necessárias possam ser implementadas.

A exemplo das propostas elaboradas por Gelbcke (2002b) e Matos (2002) sobre novas formas de organização do trabalho e da experiência vivenciada (CAPELLA, GELBCKE, MONTICELLI, 2002; LEITE, FERREIRA, 2002) pelos trabalhadores do hospital universitário da UFSC, através do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor, permite-se inferir que a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, no planejamento das ações de trabalho e nos espaços de construção do conhecimento é de fundamental importância para a ressignificação do trabalhador como sujeito no e do trabalho.

A produção da saúde do trabalhador da enfermagem, como foi mostrado, está na dependência de uma série de fatores que incluem, desde as macroestruturas que definem determinadas “subjetividades” dadas e exigidas institucionalmente, passando pelas condições imediatas do trabalho e pela ação do sujeito, construída na cotidianidade do trabalho.

Os sujeitos trabalhadores compõem essas diferentes instâncias de influência na produção da saúde. Sua força, portanto, é inquestionável. Por vezes, nem o trabalhador se apercebe de sua importância nesse processo.

Pensar no trabalhador como sujeito significa considerar sua subjetividade, como expressão de seus diferentes modos de ser, de ver e de agir no mundo. Significa considerá-lo em sua totalidade, com suas diferentes dimensões, que fazem dele um sujeito com capacidades, potencialidades e expressividade.

A construção de um trabalho saudável passa pelo respeito a esse sujeito e às suas múltiplas dimensões. É preciso considerar seus afetos, seus sentimentos, sua interioridade. Como afirma Codo (2002, p. 151), o projeto em que “todo esforço era feito na direção de expulsar do trabalho os afetos do trabalhador, em limpar o trabalho de qualquer manifestação subjetiva”, foi inviabilizado pela história.

Um trabalho potencialmente produtor da saúde dos trabalhadores de enfermagem tem que se abrir à participação ativa dos trabalhadores em todas as instâncias decisórias, de planejamento, enfim, tem que se abrir ao trabalhador, que conhece sua cotidianidade, os limites constantemente enfrentados, as possibilidades que se descortinam no fazer, na sua ação sobre e com o objeto de seu trabalho.

Uma das formas de abrir espaços, na organização do trabalho para a participação dos trabalhadores de enfermagem, está posta no processo de educação permanente como um componente do processo de trabalho. Participação efetiva exige conhecimento, organização do pensamento, das ações estratégicas, do coletivo de trabalho. No momento em que as ações educativas estiverem perpassando as ações de trabalho, ou seja, quando o trabalho for realizado de forma reflexiva, mais possibilidades de melhorias serão descortinadas.

O processo educativo que se pensa envolve, agrega, contagia para as mudanças necessárias. Possibilita ao trabalhador incidir seu “olhar” sobre o processo de trabalho, no sentido de analisar, criticar, encontrar as soluções mais apropriadas, mobilizar os demais trabalhadores, num coletivo de subjetividades individuadas que se expressam e constroem um trabalho mais saudável, prazeroso e criativo.

Ao pensar/projetar seu trabalho, além de exercer certa autonomia, mesmo que velada, esse espaço também possibilita a expressão da liberdade do trabalhador, ainda que, por vezes, de forma bastante sutil. Entende-se que o trabalhador não está totalmente livre em seu agir, uma vez que está inserido em uma instituição hospitalar que tem uma organização prescrita para o alcance de determinada finalidade. No entanto, seguindo o movimento dialético próprio da vida e do trabalho, tanto o trabalhador pode ser submergido pela organização prescrita, sujeitando-se a ela, como pode se assumir como “sujeito revolucionário” diante da organização prescrita.

Não depende só do trabalhador a concreticidade de mudanças, mas pode, sem dúvida, iniciar por um movimento de ação coletiva, da força nova que surge da coletividade, da força que surge de uma “subjetividade” coletivamente construída, que é maior do que a soma das subjetividades individuadas. Melo (2002, p. 164), ao refletir sobre as estratégias utilizadas pelo trabalhador no cotidiano de trabalho, salienta que os trabalhadores não são totalmente livres, pois “estão cerceados pelo sistema racional prescritivo”. No entanto, ressalta que esse sistema “é tanto influenciado como ‘corrompido’ pelas pressões e manipulações dos indivíduos/atores na ação coletiva”.

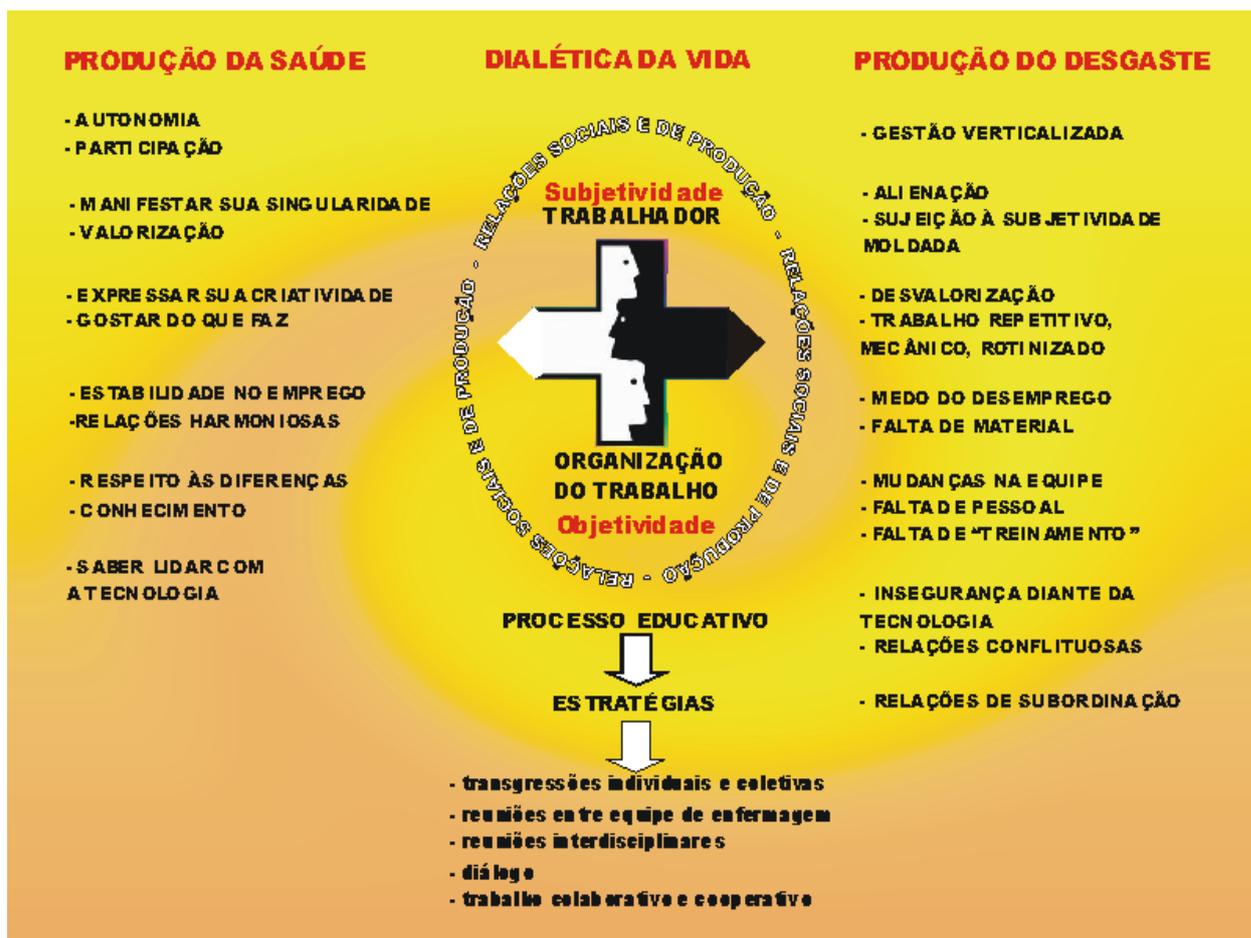
É possível transformar, quando movidos pelo desejo de mudança, quando existe espaço propiciado pelo processo educativo, para expressão da criatividade que surge nas relações estabelecidas entre os diferentes sujeito no trabalho. É possível

transformar quando, no encontro de diferentes subjetividades expressas pelos trabalhadores nas suas ações, nas suas reações diante do cotidiano de trabalho e através das inter-relações, suas idéias se façam representar e suas necessidades de produzir saúde no trabalho sejam respeitadas.

O trabalhador da enfermagem, ao interligar sua autonomia, sua liberdade e sua criatividade singular a dos demais trabalhadores, pode, através da ação coletiva, construir e produzir um trabalho potencializador da sua saúde.

Este estudo não teve a pretensão de propor estratégias ou modos de gestão, em que os trabalhadores tivessem maior espaço de expressão de suas subjetividades. No entanto, algumas estratégias emergiram dos próprios trabalhadores e outras foram estimuladas por suas necessidades, por suas vontades e por seus desejos de estarem inseridos em um processo de trabalho que produza a sua saúde, além da saúde do sujeito do cuidado. Tais estratégias não se configuram em prescrições ou fórmulas milagrosas de resolução dos problemas relativos à saúde do trabalhador. Pretendem mostrar a força da ação coletiva, a força que os trabalhadores têm, quando exercem um trabalho coletivo, colaborativo e, acima de tudo, participativo.

A figura 4 apresenta, de forma esquemática, as ações/situações identificadas pelos trabalhadores e pela pesquisadora, como potencialmente produtoras de desgaste ou de saúde, além de apresentar as estratégias pautadas no processo de ação-reflexão-ação e no processo educativo, como potencialmente transformadoras da lógica que norteia as ações dos trabalhadores da enfermagem para que percorram o caminho da produção da sua saúde.



**Figura 4:** Representação das ações/situações potencialmente produtoras de desgaste e de saúde e das estratégias potencializadoras da produção da saúde

Visualizar possibilidades; criticar construtivamente o instituído, apontando para o diferente, para o inusitado, para o novo; envolver-se com o seu fazer com paixão, com emoção, como os trabalhadores demonstram estar envolvidos; envolver-se com ações educativas dialógicas, construtoras de conhecimentos novos que possam estar pautando um novo agir, são diferentes formas de um agir coletivo que acredita no potencial transformador do trabalhador, que possibilita a expressão de sua subjetividade no trabalho e que acredita na e “faz acontecer” a produção da saúde do trabalhador.

É preciso acreditar em si e no outro, na possibilidade e na liberdade para fazer escolhas.

Assim ter-se-á um processo de trabalho potencialmente produtor de saúde,

pautado na ética que considera as diferenças, as singularidades, as necessidades e, prioritariamente, que considera o trabalhador como SUJEITO no e do trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. 6 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. 258 p.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

AZAMBUJA, E. P. **O processo de trabalho e o processo educativo: construindo a prevenção das situações de risco e de acidentes de trabalho**. 1999. 203f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p. 205-212, 2004.

BARROS, A.L.B.L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 11, n.5, p. 585-592, set./out 2003.

BECK, C.L.C. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. 2001. 199 f. Florianópolis: UFSC. 2001. (Série Teses em Enfermagem, n.29).

BENATTI, M.C.C.; NISHIDE, V.M. Elaboração e implantação do Mapa de Riscos Ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 5, n.5, p. 13-20, out. 2004.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983. 171 f.

BIRCHER, J. **Medicine, Health care and philosophy**. v.8, p. 335-341, 2005.

BOURBONNAIS, R. et al. Job strain, Psychological Distress, and Burnout in Nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, Estados Unidos da América, v.34, n.1, p. 20-28, 1998.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da saúde do trabalhador.** 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BRANDÃO JUNIOR, P.S. **Biossegurança e Aids:** as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica; Programa de Saúde da Família. Caderno 5. **Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS).** Portaria nº. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 13 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 28 dez.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?d\\_area=395](http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?d_area=395)>. Acesso em 06 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica de saúde.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria N.º 3.214, de 08 de Junho de 1978.** Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p\\_19781008\\_3214.asp](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19781008_3214.asp)>. Acesso em 06 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.** Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em 06 fev. 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 32**. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/default.asp](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp)>. Acesso em 06 fev. 2007.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Lei nº8.112 de 11 de dezembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br/Institucional/Legislacao/RJU/home.html>>. Acesso em 05 fev. 2007.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Análise dos acidentes com agulhas em um Hospital Universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, p. 780-786, nov./dez. 2002.

CAIXETA, R.B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 737-746, maio/jun. 2005.

CALLAGHAN, P.; TAK-YING, A.S.; WYATT, P.A. Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. **J Adv Nurs**, Inglaterra, v. 31, n.6, p. 1518-1527, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Recursos Humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 45-51

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org) **Agir em saúde: o desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.229-266.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

CAPELLA, B.B.; LEOPARDI, M.T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p.85-104.

CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F.L.; MONTICELLI, M. Apresentação. In: CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F.L.; MONTICELLI, M.(org) **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002. p.13-16.

CARVALHO, C.V. de. **A situação das Santas Casas de Misericórdia**. Brasília: Câmara dos Deputados/Consultoria Legislativa, 2005.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

CECILIO, L.C.O. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECILIO, L.C.O (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 31, n.3, p. 36-47, 1997a.

\_\_\_\_\_. O desafio de qualificar o atendimento prestado nos hospitais públicos. MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (ORG). In: **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 293-320.

\_\_\_\_\_. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 315-329, 1999.

CEZAR VAZ, M. R. **Conceitos e Práticas de Saúde**: adequação no trabalho de controle da tuberculose. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL; Florianópolis: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 176 f. (Série Teses em Enfermagem, n.4).

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CODO, W. Qualidade, Participação e Saúde Mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: DAVEL, E.P.B.; VASCONCELOS, J.G.M. (Org.) **“Recursos” Humanos e Subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 129-157.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP **Mapa cadastral dos COREns do Brasil** [on-line]. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/index.htm>> . Acesso em: 15 jan 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS. **Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/leis/7498.htm>>. Acesso em 15 jan. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN –Nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

Rio de Janeiro, 21 set. 2004. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/default.asp>. Acesso em: 31 jan. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN –Nº 189/1996. Estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Instituições de Saúde. Rio de Janeiro, 25 mar. 1996. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/default.asp> . Acesso em: 31 jan. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.

COSTA, M.R. **As vítimas do capital: os acidentados do trabalho**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.

COSTA, T.F.; FELLI, V.E.A. Acidentes do trabalho com substâncias químicas entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.57, n. 3, p. 269-273, maio/jun. 2004.

DAMASCENO, A.P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 72-77, jan./fev. 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992. 168f.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 158f.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994, p. 21-32.

DEJOURS, C.A; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico. In: DEJOURS C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994, p. 119-145.

DEJOURS, C.A; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS C. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994, p. 67-118.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Rev. Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, p. 98-104, maio/jun. 1993.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 817-828, 2005.

DWYER, T. Acidentes do trabalho: em busca de uma nova abordagem. **Rev. Administração de Empresas**, São Paulo, v.29, n.2, p. 19-31, abr./jun. 1989.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144f.

ENGUITA, M.F. **Trabalho, escola e ideologia**: Marx e a crítica da educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FARIAS, S.N.P.; MAURO, M.Y.C.; ZEITOUNE, R.C.G. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.28-32, jan./jun. 2000.

FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125 f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2002.

FORTUNA, C.M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p. 272-281, set./dez. 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 12 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1996.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Editora Moraes Ltda, 1980.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 21 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 21 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

\_\_\_\_\_. **Medo o ousadia**. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 165 f.

FRIGOTTO, G. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador: Impasses teóricos e Práticos. In: GOMES, C.M. **Trabalho e conhecimento**: Dilemas na Educação do Trabalhador. São Paulo: Cortez- Autores Associados, 1989. p.13-25.

FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. Tradução de Octavio Alves Velho. 8 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983. 222 f.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.469-476, 2004.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-105.

GAIDZINSKI, R.R. **Dimensionamento de pessoal**: evolução e tendências. Disponível em: [http://www.enfermagem.ufpr.br/dimes\\_raquel.ppt](http://www.enfermagem.ufpr.br/dimes_raquel.ppt). Acesso em: 31 de jan. 2007.

GELBCKE, F. L. **Processo Saúde-doença e Processo de Trabalho**: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNI-RIO, Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde do Trabalhador: Limites e Possibilidades. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p.66-85, jan./abr. 2002a.

\_\_\_\_\_. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002b. 270 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002b.

GONZALES, R.M.B. **Sufrimento na práxis da enfermagem**: real ou imaginário? Florianópolis: Editora UFSC, 2000. 195f. (Série Teses em Enfermagem, n.30)

GONZÁLES, R.M.B.; BECK, C.L.C. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.11, n.1, p.169-186, 2002.

GRASSER, T. **Percepção dos efeitos de cargas de trabalho sobre dores nas costas na equipe de enfermagem do Hospital Universitário**. 2003. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: FUGANTI, L.A. et al. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 440 f.

GUIMARÃES, R.M.; MUZI, C.D.; MAURO, M.Y.C. Tendências modernas da gerência do trabalho da enfermagem: o caso das cooperativas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.4, p. 472-474, jul./ago. 2004.

HADDAD, M.C.L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc.Enferm**, São Paulo, v.32, n.4, p. 307-313, 1998.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 250 f.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.7-19, 1997.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEOPARDI, M.T. A Vida do Trabalhador como Centralidade no Trabalho. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.49-55.

\_\_\_\_\_. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 71-81.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 9-22.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: Capella, B. B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. (orgs.) **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002a. 145p.

\_\_\_\_\_. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002b. 290p.

LEITE, E.; FERREIRA, L.C. Referenciais teóricos e metodológicos do programa “Vivendo e Trabalhando Melhor”: uma proposta do Sistema de Aprendizagem Vivencial para aplicação institucional. In: CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F.L.; MONTICELLI, M.(org) **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002. p.17-49.

LIMA JÚNIOR, J.H.V.; ESTHER, A.B. Transições, prazer e dor no trabalho da enfermagem. **Rev Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n. 3, p. 20-30, jul./set. 2001.

LISBOA, M.T.L **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V.L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

\_\_\_\_\_. **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas: Universitária UFPEL, 1998. 74 f.

LUNARDI FILHO, W.D. **Prazer e sofrimento no trabalho.** contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

\_\_\_\_\_. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.** 2 ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 2004. 206 f.

LUNARDI FILHO, W.D. et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.10, n. 3, p. 60-81, set./dez. 2001.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 91-96, mar. 2001.

MACHADO, R.R. **A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M.; MOURA, G.M.S.S. Estudos das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 5-16, jan-dez. 1995.

MALVEZZI, F.; BRONHARA, M.A.G. Técnicas da Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho Centro de Vigilância Sanitária. DVST/CVS/SES-SP. Diagnóstico Sobre o Uso de Glutaraldeído em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista, informe mensal sobre agravos à saúde pública.** Ano 1, n.12, dez. 2004.

MARTINS, J.J. **O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento?** 2000. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARTINS, J.J.; FARIA, E.M. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.11, n. 1, p. 222-243, jan./abr. 2002.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos.** Lisboa: Edições 70, 1993.

MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes com perfuro-cortantes na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.56, n.2, p. 164-168, mar./abr. 2003.

MARZIALLE, M.H.P.; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p. 571-577, jul./ago. 2002.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAURO, M.Y.C. et al Riscos ocupacionais em saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p.338-45, 2004.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortês, 1986. 94 f.

MELO, M.C.L. Estratégias do(s) empregado(s) no cotidiano das relações de trabalho: a construção de processos de auto-regulação. In: DAVEL, E.P.B.; VASCONCELOS, J.G.M. (org) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.168-174.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec – ABRASCO, 1994.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Mendes. In: MENDES, E.V. (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995. p.19-91.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300f.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p. 341-349, 1991.

MENDES, I.A.C; MARZIALE, M.H.P. Sistemas de saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p. 303-304, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1993. 269 f.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, 2006.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIN-COSTA, C. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v.13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

\_\_\_\_\_. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.125-136, 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category&sectionid=10&id=97&Itemid=301>. Acesso em: 1 fev. 2007.

MIRANDA, G. et al. Adoecimento dos enfermeiros da rede hospitalar de Rio Branco – Acre- Brasil. **Online Braz. J. Nurs.**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, 2005. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn401mirandaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn401mirandaetal.htm) . Acesso em 25/08/2006

MORRONE, B. Estrés en el personal de Enfermería. **Temas enferm. actual**, Cuba, v.7, n.31, p.14-18, 1999.

MORRONE, B. Quando el grupo de riesgo somos nosotros. **Temas enferm.actual**, Cuba, v.6, n.26, p. 30-31, 1998.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 255-61, mar./abr. 2005.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema ósteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev.Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.364-373, 2005.

NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J. O poder institucionalizado da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: o cenário real x o cenário idealizado. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.9, n. 3, p.193-215, ago./dez. 2000.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C.; ALEXANDRE, N.M. Ocorrência de acidente de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.204-211, mar./abr. 2004.

NORONHA, Ana Beatriz. Projetos grandiosos marcam a importância do nível médio: PSF-PROFAE-PROFORMAR-RET-SUS. **Rev RADIS**. Rio de Janeiro, n.4, p. 8-9, nov, 2002.

OLIVEIRA, E.B. **As representações sociais do ruído pelos trabalhadores de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva**: a organização do trabalho. 2004. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, p.24-29, 2004.

OLIVEIRA, I.C.S.; FERNANDES, J.F.; LUNARDI, V.L. Como a futura enfermeira está se cuidando e vem sendo cuidada no processo de graduação? **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.9, n.3, p.133-152, ago./dez. 2002.

OLIVEIRA, R.A.; CIAMPONE, M.H.T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.2, p.254-61, abr./jun. 2006.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J.M.H.; MINAYO-GOMES, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 517-524, mar./abr. 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, A. A resistência ao poder no cotidiano das(os) enfermeiras(os). **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.9, n.3, p.100-114, ago./dez. 2000.

PEREIRA, I.A. **Epopéia das misericórdias do código de ética dos hospitais filantrópicos**. Disponível em: <http://www.cmb.org.br/informativos/missao.htm> Acesso em 1 fev. 2007.

PIRES, D.P. **O problema dos acidentes de trabalho na enfermagem e a necessidade de nova interpretação teórica**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.25-55.

\_\_\_\_\_. **Relatório final de pós-doutorado**. Coronel Institut, University of Amsterdam. The Netherlands, 2004. Relatório. 90p.

PIRES, D.P.; GELBCKE, F.L. Transformações no Mundo do Trabalho e a

Enfermagem: Transformações e Oportunidades no Mercado de Trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 2001.

PIRES, D.P.; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 311-325, 2004.

PIRES, D.; MATOS, E. A Organização do Trabalho da Enfermagem na Perspectiva dos Trabalhadores de um Hospital Escola. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p.187-205, jan./abr. 2002.

POLOVICH, M. Safe handling of hazardous drugs. **Online J Issues Nurs**, Estados Unidos da América, v.9, n.3, 2004. Disponível em: [www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25\\_5.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25_5.htm) Acesso em 25/08/2006

PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; GELBCKE, F.L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 296-302, abr./jun. 2006.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis: UFSC, 2001. 120 f. (Série Teses em Enfermagem, n.28).

RAMOS, F.R.S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F.R.S.; VERDI, M.M.; KLEBA, M.E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p.16-63.

\_\_\_\_\_. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papi-Livros, 1999. p. 105-120.

REIBNITZ, K.S. **Profissional crítico-criativa em enfermagem à construção do espaço intercor na relação pedagógica**. 2004. 145 f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2004.

REZENDE, A.L.M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 159 f.

RIGOTTO, R.M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo,

93/94, p.9-20, dez. 1998.

ROBAZZI, M.L.C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.52, n.3, p. 331-338, jul./dez. 1999.

ROCHA, A. de M. **A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades**. 2003. 193p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. Fatores que influenciam a saúde da mulher que trabalha em enfermagem. **Mundo da saúde**, v. 23, n. 2, p. 79-85, mar./abr. 1999.

ROSA, M.I. **Trabalho, subjetividade e poder**. São Paulo: Universidade de São Paulo – Letras & Letras, 1994. 228 f.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.151-164, 2001.

SANTANA, J. P. de, GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. **Cadernos da nona conferência de saúde**. Brasília, v. 1, 1999.

SANTOS, C.B. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da clínica médica de um hospital público**. 2004. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio De Janeiro, 2004.

SANTOS, S.R. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2002.

SANTOS, M.L.S.C. **A paixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem**. 2001. 98 f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2001.

SARQUIS, L.M.M. **Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem**. 1999. 138 f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 1999.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1147-1157, set./out. 2002.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 344 f.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro:

UFRJ/Cortez, 1994.

SILVA, L.D.; ZEITOUNE, R.C.G. Determinando os riscos na enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.81-87, abr. 2002.

SILVA, V.E.F.; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V.M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.51, n.4, p. 603-614, out./dez. 1998.

SILVA, V.E. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador.** 1996. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SOBOLL, L.A.P. et al Evidências de desgaste do trabalhador de enfermagem relacionadas à organização do trabalho. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 28, v.28, n.2, p. 181-187, abr./jun. 2004.

SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 425-435, dez. 2002.

SOUZA, L.N.A.S.; PADILHA, M.I.C.S. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.11, n.1, p.11-30, jan./abr. 2002.

SPAGNOL, C.A.; FERRAZ, C.A. Tendências e Perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, jan. 2002.

STEFFENS, A.P. **Repercussões de um acidente de trabalho com pérfuro-cortante na vida de trabalhadores de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Modalidade Interinstitucional) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SVALDI, J.S.D. **Método, ferramentas e técnicas da gestão da qualidade total: aplicação na organização do trabalho em um serviço de pronto atendimento** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SVALDI, J.S.D.; LUNARDI FILHO, W.D. Poder e gerenciamento na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.9, n.3, p.22-41, ago./dez. 2000.

SVALDI, J.S.D.; LUNARDI FILHO, W.D.; GOMES, G.C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 500-507, jul./set. 2006.

TIPPLE, A.F.V. et al. O uso do glutaraldeído em serviços de saúde e a segurança do trabalhador. **Rev. enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.186-191, maio-ago. 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. 162 f.

VARELA, C.D.S.; FERREIRA, S.L. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de LER/DORT em Salvador- Bahia 1998-2002. **Rev Bras. Enferm**, Brasília, v.57, n.3, p. 321-325, maio/jun. 2004.

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **Ações de saúde na tuberculose em Rio Grande na década de 40**: a história contada. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. 4 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva, WHO, 1978.

XELEGATI, R. et al. Chemical occupational risks identified by nurses in a hospital environment. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Dez 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Serão observadas as atividades produtivas realizadas pelos diferentes trabalhadores da enfermagem, buscando identificar:

- as condições de trabalho;
- as relações de trabalho;
- manifestações individuais em situações, cenários e condições semelhantes.

O olhar para estas questões se dará através da observação das relações que são estabelecidas no desenvolvimento das atividades processadas no ambiente de trabalho, entre trabalhador da enfermagem/sujeito cuidado, trabalhador da enfermagem/trabalhador da equipe de saúde da UTI, trabalhador da enfermagem/outros trabalhadores da instituição, trabalhador da enfermagem/chefia imediata, trabalhador da enfermagem/gestores e trabalhador da enfermagem/condições de trabalho, no que tange aos seguintes aspectos:

#### **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM/SUJEITO CUIDADO**

Objetivo: observar as atividades de cuidado desenvolvidas no ato propriamente de cuidar e no ato de gerenciamento, providências, registros, dando ênfase às relações estabelecidas entre o trabalhador e seu objeto de trabalho.

Admissão do sujeito cuidado

Procedimentos técnicos

Falta de material/pessoal

Relacionamento com o sujeito do cuidado

Contato com família

Avaliação/orientações cotidianas

Registros sobre atividades realizadas

Visita

Características do sujeito cuidado

Problemas e necessidades de saúde do sujeito cuidado

#### **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM//TRABALHADOR DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI**

Objetivo: observar como estão se dando as relações entre o trabalhador da enfermagem e os demais trabalhadores da saúde, no ambiente da UTI, para apreender o trabalho em equipe, o respeito aos diferentes conhecimentos produzidos, a influência destas relações na produção da saúde do trabalhador.

Reuniões

Procedimentos em conjunto

Relacionamento com colegas  
Passagem de plantão  
Solicitação de avaliação de colega  
Discussão de caso  
Capacitação  
Espaço de lazer e confraternização  
Resolução de conflitos  
Momento para estudo e reflexão sobre as atividades cotidianas  
Distribuição de atividades entre a equipe de enfermagem

### **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM/OUTROS TRABALHADORES-SERVIÇOS DA INSTITUIÇÃO**

Objetivo: apreender as relações que são estabelecidas entre os diferentes serviços e diferentes trabalhadores, extrapolando o micro espaço da UTI, para poder contextualizar a forma de organização interna do setor e as influências macro e micro estruturais na produção da saúde do trabalhador.

Reuniões  
Solicitação de materiais e equipamentos  
Resolução de problemas  
Envolvimento com os demais serviços  
Regras, procedimentos e influências positivas e negativas no trabalho/trabalhador  
Solicitação de serviços (manutenção, limpeza...)  
Espaço para lazer e confraternização

### **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM/CHEFIA IMEDIATA**

Objetivo: observar como estão se estabelecendo as relações entre os trabalhadores e a chefia imediata, buscando apreender a influência exercida na produção da saúde do trabalhador.

Reuniões  
Relacionamento com chefia  
Resolução de problemas internos e com demais setores  
Organização do trabalho  
Situações de conflito  
Liberação para capacitação  
Participação no processo de gerenciamento  
Preocupação com a saúde do trabalhador

### **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM/GESTORES**

Objetivo: observar as relações estabelecidas entre os trabalhadores da enfermagem e as diferentes instâncias gerenciais, dando ênfase ao tipo de gestão existente e a possibilidade de participação do trabalhador nas questões gerenciais.

Reuniões  
Relacionamento com chefias  
Organização do trabalho  
Respeito a hierarquia  
Filosofia de trabalho da instituição  
Participação no processo de gerenciamento  
Processo comunicacional (comunicação sobre mudanças, necessidades...)  
Diferentes modos de gestão e influência sobre os diferentes trabalhadores  
Preocupação com a saúde do trabalhador

## **ATIVIDADE TRABALHADOR DA ENFERMAGEM/CONDIÇÕES DE TRABALHO**

Objetivo: observar a influência das condições de trabalho na saúde do trabalhador da enfermagem.

Atitudes diante da falta de material de consumo  
Atitudes diante da falta de equipamentos  
Participação no controle de qualidade do material  
Horário de trabalho  
Jornada de trabalho  
Escala de trabalho mensal e diária  
Atividades lúdicas  
Influência das condições de trabalho na produção da saúde do trabalhador

Em cada uma destas atividades, estará sendo observado:

QUEM FAZ?  
O QUE É FEITO?  
COMO É FEITO?  
PARA QUE?  
RESULTADOS.

Esta observação visa identificar:

- as diferenças e semelhanças na forma de trabalhar, na motivação de cada trabalhador, no modo de resolver as situações inesperadas, na maneira de lidar com situações conflitivas, na satisfação com e no trabalho, considerando este uma atividade produtiva potencial e viável de saúde humana
- as condições objetivas (ambiente, instrumentos, regras formais, forma de organização e gestão do trabalho)

**APÊNDICE 2**  
**DIÁRIO DE CAMPO**

**LOCAL:**

**DIA:**

**HORÁRIO:**

**MÊS:**

**ANO:**

<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>REFLEXÕES PESSOAIS</b>



## APÊNDICE 3



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega:

Meu nome é Eliana Pinho de Azambuja, sou Enfermeira e Curso o Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, temos o prazer de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“É POSSÍVEL PRODUZIR SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho”**.

Este estudo tem como objetivos: “compreender, partindo da cultura, crenças, valores e percepções verbalizados pelos trabalhadores de enfermagem, as ações desenvolvidas por eles que potencializam a sua saúde ou o seu desgaste e identificar as possibilidades (ou impossibilidades) de expressão da subjetividade dos trabalhadores da enfermagem, bem como as ações que se aproximam da produção da saúde ou que são potencializadores do desgaste, por meio da observação das suas ações no âmbito institucional e organizacional”.

A pesquisa será desenvolvida de setembro de 2005 a outubro de 2006. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de observação e entrevista para a coleta de dados, as quais serão realizadas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. e do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande, no próprio horário de trabalho, conforme agendado previamente, com a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

A observação será realizada no seu local de seu trabalho, durante suas atividades cotidianas, identificando como você desempenha suas atividades, na relação com os pacientes, na relação entre si, na relação com os familiares, na relação com a administração, ou seja, como exerce suas ações, como transita entre o que necessita ser realizado e o que pode ser realizado.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Assumimos o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-lhe as condições de acompanhamento durante a sua realização, e, também, devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Para o alcance dos objetivos propostos para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente

voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Eliana Pinho de Azambuja

Responsáveis pelo Trabalho:

Doutoranda Eliana Pinho de Azambuja  
Rua Visconde do Rio Grande, 608  
96211-490 / Rio Grande - RS  
Tel: (053) 3232.4781 ou (053) 91026937  
Orientadora: Denise Pires de Pires  
Co-orientadora: Marta Regina Cezar Vaz

---

Eu, \_\_\_\_\_ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“É POSSÍVEL PRODUZIR SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho”**. Fui igualmente esclarecido(a) dos objetivos propostos e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da responsável: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Data da saída do estudo: \_\_\_\_\_

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

## APÊNDICE 4

# AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

ANEXO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DOUTORADO EM ENFERMAGEM	
---	--	---

Rio Grande, 29 de setembro de 2005.

Sras.  
Gisamara Girardi Fortes e Zoe Victória  
Diretora Assistente do H.U. / Chefe de Enfermagem

Prezadas Senhoras,

Como aluna do Doutorado em Enfermagem da UFSC e realizando meu projeto de tese, venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada **É POSSÍVEL PRODUIR SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM?** Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho, junto aos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., sob orientação da Dra. Denise Pires de Pires e co-orientação da Dra. Marta Regina Cezar Vaz.

Tenho como questão de pesquisa estudar: Como o trabalhador/trabalhadora, enquanto sujeito capaz de expressar sua subjetividade pode ser potencialmente mobilizador de ações produtoras da saúde para si, nas diversas dimensões do seu trabalho?

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devoer-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,  
Eliana Pinho de Azambuja

Ciente. De acordo.  
Data: 29/09/2005  
Direção Assistente do H.U.:  
Chefe de Enfermagem: JOE

FUNDAÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO RIO GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
  
Diretora Assistente  
CCEN 6.412

## APÊNDICE 5

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### A) DADOS GERAIS:

IDENTIFICAÇÃO (preservando o anonimato):

IDADE:

SEXO:

TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:

TEMPO DE TRABALHO NA UTI:

TURNO DE TRABALHO:

Desenvolve outras atividades (outro trabalho, estudo...)

Como começou a trabalhar na enfermagem?

Conte um pouco da sua história de vida (família, sentimentos, percepções, trabalho...)

#### B) QUESTÕES ESPECÍFICAS:

1. Quanto às relações de trabalho:

- Como se desenvolve a sua relação de trabalho com os demais colegas da enfermagem?
- Como se desenvolve a sua relação de trabalho com a equipe de saúde da UTI?
- Como se desenvolve a sua relação de trabalho com os demais colegas e serviços da instituição?
- Como se desenvolve a sua relação de trabalho com as chefias?
- Como se desenvolve a sua relação com sujeitos cuidados e familiares?

2. Quanto a situações no trabalho ou que influenciam no trabalho, que podem oferecer risco:

- Como você reage diante de situações conflituosas? Aponte situações conflituosas que você tenha vivenciado. Que aprendizado você tirou desta experiência?
- Como você reage diante falta de material/equipamentos?

- Como você reage diante situações inesperadas? Relate alguma situação que você tenha vivenciado a questão do inesperado. Como você vê hoje, a reação relatada?
- Como você reage diante situação de terminalidade?
- Como você reage diante solicitações da família? No horário de visita, como é a relação entre a equipe e os familiares?
- Como você reage diante problemas na organização do trabalho?
- Como você reage diante situação de melhora?
- Como você age diante da necessidade de capacitação (solicitação de liberação, participação na organização de eventos,...)

### 3. Quanto ao seu processo saúde-doença:

- Você acha que a organização do trabalho interfere na produção de sua saúde?
- Como você cuida de sua saúde?
- Que atividades desenvolve fora do ambiente de trabalho, visando seu lazer, seu descanso?
- Você acha que seu ambiente de trabalho interfere na produção de sua saúde? Como isto se dá?
- Você interage com seu trabalho de modo a produzir saúde ou doença?
- Aponte situações e atitudes no e do trabalho, que contribuem para o exercício do seu trabalho de forma saudável.
- Aponte situações e atitudes no e do trabalho, que contribuem para o seu desgaste durante a jornada de trabalho.

## APÊNDICE 6

### AGRUPAMENTO DOS DADOS

<b>CUIDADOS COM A PRÓPRIA SAÚDE</b>	
Trabalhadores da enfermagem	
HU	Santa Casa
- NO TRABALHO, PROCURA MANTER UMA POSTURA ADEQUADA, USO DOS EPIS - FORA DO TRABALHO, ATIVIDADE FÍSICA E MOMENTOS DE LAZER. (E5)	- RELAPSO, FALHO (E4) - USO DE EPI MAIS ACENTUADO APÓS VIVÊNCIA DE ACIDENTE (E4)
- NÃO CUIDA (T7) - NO TRABALHO, USA EPI (LUVA E ÓCULOS) (T7)	- EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS DA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO E MAIS NADA (T1) - CUIDA DA MÃE EM CASA QUE É DOENTE - NO TRABALHO NÃO USA EPI COMO DEVERIA; ACHA QUE OS OUTROS CUIDAM-A MAIS DO QUE ELA MESMA (T1)
- PROCURA MANTER-SE SAUDÁVEL DENTRO DO POSSÍVEL, MAS NÃO DESENVOLVE NENHUMA ATIVIDADE FÍSICA (T9) - NO TRABALHO, USA EPI DENTRO DA MEDIDA DO POSSÍVEL (T9)	- NÃO CUIDA, APENAS DÁ ATENÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO POR ANEMIA -NO TRABALHO TAMBÉM É DESCUIDADA (E2)
- NÃO CUIDA DE SUA SAÚDE, PREOCUPA-SE COM O TRABALHO E A FAMÍLIA (A4) - NO TRABALHO USA EPI, MAS ÀS VEZES ESQUECE (A4)	- NÃO SE CUIDA (A1). FAZ EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS PELO TRABALHO. (A1) - NO TRABALHO, USA EPI. TINHA DIFICULDADES EM USAR LUVAS, MAS AGORA ACOSTUMOU. (A1)
- NÃO FUMA, NÃO BEBE, NÃO TOMA CHIMARRÃO NEM CAFÉ. NÃO FAZ ATIVIDADE FÍSICA. (A3) - ROUPA DO HOSPITAL É SEPARADA, BOLSA QUE USA NO HOSPITAL TAMBÉM. SEMPRE QUE CHEGA EM CASA, LAVA OS CABELOS, NÃO USA BIJOUTERIS NEM JÓIAS, SÓ ALIANÇA (A3) - NO TRABALHO NEM SEMPR EUSA EPI (A3)	- NÃO CUIDA, NO TRABALHO USA EPI, COM MAIS ATENÇÃO PARA LUVA (T2)
- NÃO CUIDA MUITO DE SUA SAÚDE (T8), ESQUECE POR VEZES, DE USAR OS EPIS. AS COLEGAS ESTÃO SEMPRE CHAMANDO SUA ATENÇÃO. (T8)	- DORME BEM, COME BEM, TEM HORÁRIO PARA LAZER. NÃO TEM ATIVIDADE FÍSICA. (E3) - NO TRABALHO USA LUVAS E OS DEMAIS EPI FICAM EM “TERCEIRO PLANO” (E3)
- ESTÁ NA FASE DOPAVOR (E8) - NO TRABALHO USA EPI, NEM SEMPRE. (E8)	- NÃO CUIDA, APENAS FAZ EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS PORQUE SÃO SOLICITADOS. (T3). NÃO TEM ATIVIDADE FÍSICA. - NO TRABALHO, USA EPI (T3)
- É DESLEIXADO, MAS EXTREMAMENTE PREOCUPADO, SE TEM UMA DOR, JÁ ACHA QUE É CÂNCER, LEMBRA DOS PACIENTES COM SINTOMATOLOGIA SEMELHANTE, O CONHECIMENTO DEIXA UM POUCO MEDROSO (A5) - DORME POUCO (A5) - NO TRABALHO, USA EPI. TEM MUITO MEDO DE PEGAR HEPATITE. (A5)	- É MEIO RELAXADO, NÃO TEM BOA ALIMENTAÇÃO E DORME MAIS DO QUE O NECESSÁRIO. NÃO TEM ATIVIDADE FÍSICA. APENAS CAMINHA BASTANTE. (T4) - É FUMANTE. - NO TRABALHO USA EPI CONFORME NECESSIDADE (T4)
- NÃO CUIDA (E6)	- NÃO CUIDA DA SAÚDE.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- NÃO TEM ATIVIDADE FÍSICA, QUANDO CHEGA EM CASA, COME E DORME (E6)</li> <li>- NO TRABALHO, USA EPI. (E6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.(E1)</li> <li>- USO DE EPIS NO TRABALHO.</li> <li>- BAIXO SALÁRIO (E1)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- NÃO CUIDA (E7). TRABALHA MUITAS HORAS E ACABA DEIXANDO SUA SAÚDE DE LADO</li> <li>- NÃO TEM ATIVIDADE FÍSICA (E7), TEM PRIORIZADO O DESCANSO (E7)</li> <li>- NO TRABALHO USA OS EPI COM MAIS INTENSIDADE DESDE QUE UMA ESTAGIÁRIA DA ENFERMAGEM PEGOU TBC (E7). O PESSOAL NÃO USA COMO DEVERIA (E7)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- NÃO CUIDA (T5)</li> <li>- NO TRABALHO USA OS EPIS (T5)</li> </ul>	

**ANEXO**

## ANEXO 1

### COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL FILANTRÓPICO



#### A. C. Santa Casa do Rio Grande

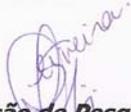
Declarada de Utilidade Pública Federal pelo Dec. 1526 de 20/11/1962, Fins Filantrópicos - Proc. 256680/73 do C.N.S.S., Utilidade Pública Estadual pelo Proc. N° 003310-21.00/97.3 - Boletim N° 006/97 DECID Registrada na STCAS sob o N°. 100-745, Utilidade Pública Municipal pela Lei N.º 1.437 de 18/10/1962, Inscrita no CNPJ 94.862.265/0001-42 End.: Rua Gen. Osório, 625 - Centro - CEP 96200-400 - Rio Grande - RS E-mail: scasacompras@mikrus.com.br E-mail: scasa@mikrus.com.br

Ilma. Sra.  
Eliana Pinho de Azambuja

Prezada Sra.

Comunicamos a V.Sª. que o seu projeto "**É possível produzir saúde no trabalho da Enfermagem? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho**", foi aprovado pelo CEPAS da Instituição Santa Casa do Rio Grande em reunião realizada dia 20 de outubro de 2005, sob o número de protocolo 02/2005.

Rio Grande, 08 de fevereiro 2006.

  
**Comissão de Pesquisas  
da ACSCRG**