



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Psicologia  
Núcleo de Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde – ECoS

**Custo Humano da Atividade e Estratégias  
de Mediação em UTI no Distrito Federal:  
*“Enquanto há vida, há esperança!”***

**Evanise Hundsdorfer de Paula**

**Brasília, dezembro de 2006.**



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Psicologia  
Núcleo de Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde – ECoS

**Custo Humano da Atividade e Estratégias  
de Mediação em UTI no Distrito Federal:  
*“Enquanto há vida, há esperança!”***

**Evanise Hundsdorfer de Paula**

**Dissertação Apresentada ao  
Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília  
como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre  
em Psicologia.**

**Orientador: Prof. Dr. Mário César Ferreira**

**Brasília, dezembro de 2006.**

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Dr. Mário César Ferreira (UnB) - Presidente**

---

**Profa. Dra. Kátia Barbosa Macêdo (UCG/GO) - Examinadora**

---

**Profa. Dra. Ana Magnólia Bezerra Mendes (UnB) - Examinadora**

---

**Prof. Dr. Odair Furtado (UnB)- Suplente**

*A todos os trabalhadores da área de saúde que,  
apesar das condições,  
ainda acreditam e lutam por  
um ambiente de trabalho melhor.*

## Agradecimentos

Ao meu esposo Leandro José, pelo amor, carinho e pelo importantíssimo apoio técnico.

Ao meu filho Andrei, pela compreensão nas incontáveis horas que precisei me ausentar.

Ao orientador Mário César, por ter me recebido de braços abertos desde o primeiro momento em que o procurei e por ter explicitado tanta confiança.

À Professora Dra. Kátia Barbosa Macedo, que aceitou o convite de participar e honrar-me com suas contribuições na banca.

À Professora Dra. Ana Magnólia Bezerra Mendes, por ser docente, disseminar e compartilhar seus conhecimentos, e que mesmo não sendo sua aluna nesse semestre pude ter acesso aos seus ensinamentos. E ainda, por aceitar o convite e honrar-me com suas contribuições na banca.

Ao Professor Dr. Odair Furtado, pelas inesquecíveis aulas, por aceitar o convite para fazer parte da banca e de me honrar com suas fecundas contribuições.

Aos parceiros e parceiras do Núcleo de Ergonomia da Atividade Cognição e Saúde – ECoS, que, de diferentes formas, contribuíram para o amadurecimento deste trabalho.

Aos participantes da pesquisa que, ao se disporem a compartilhar, sentimentos, emoções, tornaram-se co-autores deste estudo.

Ao Basílio, funcionário da UnB que tão competentemente exerce sua função. Foi um grande incentivador para continuar minha jornada no Instituto de Psicologia.

Além de companheiros de trabalho, minha jornada no Núcleo de Ergonomia me presenteou com pessoas maravilhosas. Aos meus amigos: Cleverson, Vanessa, Jansler e Magali.

Na vida, algumas pessoas são irmãs, se não de sangue, de coração:

À amiga Geovana Fátima de Oliveira Magalhães, companheira de trabalho e de vida. Obrigada pela ajuda, compreensão e carinho nas horas difíceis.

À amiga Déborah Igreja do Prado, pelas inquietações suscitadas com seus comentários e principalmente pela sua amizade.

À Rossana Keylla Diniz Dutra, amiga e companheira de reflexões sobre a vida.

À Maria Cristina Rath Bonazina pelo companheirismo, carinho e ajuda em diversas situações de minha vida.

# SUMÁRIO

Lista de Figuras .....	X
Lista de Tabelas .....	X
Lista de Anexos .....	IX
Resumo .....	X
Abstract .....	XI
Introdução .....	01
1. Quadro Teórico de Referência .....	05
1.1. O Processo Civilizador, a Saúde e a Doença .....	05
1.1.1. O Surgimento dos Hospitais no Brasil .....	06
1.1.2. O Trabalho em Saúde e o Trabalho na UTI .....	07
1.1.3. A Síndrome de Burnout no Trabalho em Saúde .....	10
1.2. Ergonomia da Atividade .....	13
1.2.1. Origem e evolução .....	13
1.2.2. Principais conceitos .....	14
2. Abordagem Metodológica .....	18
2.1. Análise Ergonômica do Trabalho – AET .....	18
2.2. Participantes .....	19
2.3. Instrumentos e Procedimentos .....	20
2.3.1. Análise Documental .....	21
2.3.2. Observação livre.....	21
2.3.3. Escalas psicométricas – ITRA .....	22
2.3.4. Vistoria ergonômica .....	23
2.3.5. Entrevista Semi-estruturada Individual .....	24
2.4. Sistematização dos Dados Obtidos .....	24
3. Resultados e Discussão .....	26
3.1. Caracterização do Hospital .....	26
3.2. Descrição da UTI .....	26

3.3.	Descrição da equipe da UTI .....	27
3.4.	Ciclo Típico de Trabalho da UTI .....	28
3.5.	Como se caracteriza o Contexto de Serviço da UTI do Hospital?	31
3.5.1.	Condições de Trabalho .....	32
3.5.2.	Organização do Trabalho .....	41
3.5.3.	Relacionamento Sócio-profissional .....	54
3.6.	Como se caracteriza o Custo Humano no Trabalho? .....	65
3.6.1.	Custo Físico .....	66
3.6.2.	Custo Cognitivo .....	68
3.6.3.	Custo Afetivo .....	72
	Conclusão .....	81
	Referências Bibliográficas .....	86
	Anexos .....	92

## Lista de Figuras

Figura 1:	Posições utilizadas para avaliação do conforto acústico.....	23
Figura 2:	Equipamentos básicos da UTI.....	27
Figura 3:	Ciclo típico de trabalho na UTI.....	30

## Lista de Tabelas

Tabela 1:	Quadro de Pessoal da UTI, número de servidores por cargo e respectivos servidores em licença.....	20
Tabela 2:	Número de servidores de cada cargo participante da aplicação de questionário.....	22
Tabela 3:	Número de servidores e respectivos cargos participantes da entrevista individual.....	24
Tabela 4:	Número mínimo de respondentes do ITRA.....	25
Tabela 5:	Cargos da Equipe da UTI.....	28
Tabela 6:	Categoria temática 1 – Condições de trabalho.....	33
Tabela 7:	Posições mais utilizadas e respectivas medidas dos ruídos dentro da UTI.....	34
Tabela 8:	Medidas de ruídos com os sinalizadores das bombas de audiometria disparados.....	34
Tabela 9:	Categoria Temática 2 – Organização do Trabalho.....	42
Tabela 10:	Carga horária semanal de todos os empregos – Médicos.....	50
Tabela 11:	Carga Horária Semanal de todos os empregos – Enfermeira.....	50
Tabela 12:	Carga Horária Semanal de todos os empregos – Técnico de Enfermagem.....	51
Tabela 13:	Turnos de trabalho da UTI.....	51
Tabela 14:	Categoria Temática 3 – Relacionamento Sócio-profissional.....	55
Tabela 15:	Categoria Temática 4 – Custo Humano no Trabalho.....	66

## Lista de Anexos

Anexo 1:	Escalas do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimentos – ITRA .....	92
----------	---	----



Anexo 2:	Roteiro da Entrevista Semi-estruturada .....	96
Anexo 3:	Layout da UTI .....	97
Anexo 4:	Organograma do Hospital .....	98
Anexo 5:	Tabela de rotinas diárias do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem .....	99

## RESUMO

É crescente o índice de acidentes no trabalho nos serviços de saúde. Os estudos desenvolvidos nesta área são ainda incipientes e mais direcionados ao estabelecimento de nexos causais entre os fatores de risco. Na UTI, tais estudos são ainda mais escassos. Esta pesquisa tem o intuito de ir além dos aspectos biológicos, buscando envolver os aspectos mais subjetivos os quais, em inter-relação com a dinâmica do ambiente social dos profissionais, contribuem tanto para a produção de vivências de bem-estar como para as vivências de mal-estar. Preocupa-se ainda, com a com a necessidade de produzir conhecimento subsidiário para a implementação de políticas públicas que viabilizem a melhoria da saúde da população, tanto do servidor como do usuário. Este estudo de caso teve como objetivo investigar o Custo Humano da Atividade, as Estratégias de Mediação utilizadas pelos servidores de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Público e suas implicações para as vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho. Os participantes foram todos os servidores da UTI que tinham contato direto e intenso com pacientes: sete médicos, sete enfermeiros e trinta técnicos de enfermagem. A metodologia utilizada na pesquisa foi Análise Ergonômica do Trabalho, com a utilização de observação livre, de análise documental, de entrevista do tipo semi-estruturada e de aplicação de escalas psicométricas (ITRA). Três questões nortearam a démarche de investigação: Como se caracteriza o Contexto de Serviços da UTI do Hospital? Como se configuram os Custos físico, cognitivo e afetivo nas atividades desenvolvidas na UTI do Hospital? Quais são as estratégias de mediação adotadas pelos trabalhadores no desenvolvimento do trabalho? Os principais resultados demonstraram um contexto de serviço precário (falta de material, falta de suporte organizacional, falhas na supervisão das atividades dos técnicos, dificuldades no relacionamento entre colegas e com o paciente) e com índices críticos no Custo Humano do Trabalho nas suas três dimensões: física (dores no corpo e cansaço), cognitiva (processamento de vários procedimentos ao mesmo tempo) e afetiva (constante exposição à dor, ao sofrimento e à morte). Desta forma, os servidores desenvolviam estratégias de mediação que nem sempre eram eficazes (face à situações nas quais não há mais o que fazer, dizer que ainda há esperança), dando origem a produção de vivências de mal-estar para os profissionais desta UTI.

Palavras-Chave: ergonomia, UTI, custo humano do trabalho e estratégias de mediação.

## ABSTRACT

The index of work accidents in the health services is increasing. The studies developed in this area still incipient and more are directed to the establishment of causal nexuses among the risk factors. In the UTI, these studies are still more scarce. This research has intention to go beyond the biological aspects, it tries to involve the aspects more subjective those in interrelation with the social environment dynamics of the professionals, they contribute such a way for the production of experiences of well-being as for the malaise experiences. This study brings the preoccupation with the one with the necessity to produce knowledge subsidiary for the implementation of public politics that makes possible the improvement of the population health, as the server as the user. This study of case had as objective to investigate the Human Cost of the Activity, the Strategies of Mediation used by the servers of a Unit Therapy Intensive (UTI) of a Public Hospital and the implications these for the experiences of well-being and malaise in the work. The participants were all servers of the UTI and had direct and intense contact with patients: seven doctors, seven nurses and thirty technician of nursing. The methodology used in this research was Ergonomic Analysis of the Work, with the use of free observation, of documentary analysis, of half-structuralized interview, and application of psychometrics scales (ITRA). Three questions guided démarche investigation: How is characterized the Context of Services of the UTI from Hospital? How the physical, affective and cognitive Costs are configured in activities developed in the UTI from Hospital? Which the strategies of mediation are adopted by the workers in the development of the work. The main results demonstrated a context of precarious service (material lack, lack of organizational support, imperfections in the supervision of the activities of the technician, difficulties in the relationship among colleagues and with the patient) with critical index in the Work Human Cost of the in three dimensions: physics (pains in the body and fatigue), cognitive (processing of some procedures at the same time) and affective (constant exposition to pain, to suffering and to the death). In these way, the servers developed mediation strategies that aren't efficient all time (face to the situations in which it doesn't have more what to do, to say that still it has hope); these situations have given beginning at the production of experiences of malaise for the professionals of this UTI.

Word-Keys: ergonomics, UTI, human cost of the work and strategies of mediation



## Introdução

O objetivo desta pesquisa foi investigar o Custo Humano da Atividade, as Estratégias de Mediação utilizadas pelos servidores de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Público e suas implicações para as vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho. O Hospital, no qual se insere a UTI em questão, faz parte da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), por este motivo uma breve contextualização deste Sistema se faz útil e pertinente para discutir mais profundamente suas interferências na atividade dos servidores desta UTI e no atendimento oferecido aos usuários.

A finalidade de qualquer ação em saúde é o cuidado com o ser humano, que se materializa em máquinas, recursos teóricos ou técnicos e nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho. O cuidado hoje na Saúde Pública está prejudicado por uma série de fatores. Pesquisas do Ministério da Saúde desde o ano de 2000 indicam que a qualidade na atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do Sistema de Saúde Brasileiro.

Como alternativa para melhorar o atendimento ao usuário e o ambiente dos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde busca, desde o início do ano 2000, a inclusão gradual dos 6.500 hospitais que compõem a Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde de todo o Brasil (SUS), nos Programas de Humanização, os chamados PNHAH<sup>1</sup> (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar).

O PNHAH tem como objetivo buscar estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, visando o bom funcionamento do Sistema de Saúde Brasileiro. Contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação, a livre expressão, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade. Desdobrando este objetivo, obtém-se que a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente iniciativas que apontam para:

- ✓ A democratização das relações que envolvem o atendimento;
- ✓ O maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente;
- ✓ O reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (PNHAH, 2004). Este desafio também poderia ser colocado na seguinte

---

<sup>1</sup> <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf>

questão: como capacitar os profissionais de saúde para compreender as demandas e expectativas do público de forma a serem mais respeitosos na prestação de cuidados?

Se por um lado, o governo percebe a necessidade de melhor qualidade no atendimento ao cidadão, por outro, o crescimento dos índices de acidentes de trabalho com os trabalhadores de saúde evidenciam outra situação. A área de saúde, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (2004), é a que ocupa o primeiro lugar em acidentes de trabalho. Dados divulgados em 2004 indicam que dos 458.956 acidentes notificados, 30.161 foram no setor de saúde. O número é 30% maior que o registrado em 2003 (23.108). Ressaltamos que estes índices são apenas dos contribuintes da Previdência, não levam em conta os trabalhadores autônomos e também não levam em conta os servidores de hospitais públicos, pois estes notificam o acidente no próprio hospital. Há ainda outro fator que é a não notificação do acidente por parte do trabalhador que, muitas vezes, não o fazem por medo, correndo diversos riscos, inclusive de se contaminarem e de serem contaminados.

Historicamente, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu após uma epidemia de HIV/AIDS que iniciou-se em 1980, quando foram estabelecidas normas para as questões de segurança no ambiente do trabalho. Diante de tal quadro alarmante, o Ministério do Trabalho e Emprego, elaborou por comissão tripartite, a NR-32 que regulamenta iniciativas de prevenção nos hospitais. A NR-32<sup>2</sup> além de determinar procedimentos específicos para exposições a agentes químicos e biológicos, orienta boas práticas para riscos pouco notificados, como é o caso da violência por parte dos pacientes e radiação.

O trabalho em saúde constitui um objeto de estudo ainda recente, sendo importante destacar, a dimensão tecnológica e as exigências física, cognitiva e afetiva. Pitta (1999) ressalta a importância de tais estudos, na medida em que os danos decorrentes de acidentes e incidentes não resultam apenas em perdas materiais ou no tempo da produção, mas têm repercussões deletérias para vidas humanas. Dentre estas repercussões Amorim e Turbay (1998) destacam as provenientes de aspectos subjetivos, que afetam diretamente a qualidade de vida no trabalho dos profissionais propiciando o surgimento da síndrome de *burnout*. Esta síndrome, segundo Benevides-Pereira (2002) deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que o sujeito pode empregar, trazendo conseqüências psicológicas, sociais e biológicas, ou seja, conseqüências nocivas tanto para o trabalhador quanto para os usuários da instituição.

Diante deste cenário, a idéia de se realizar este estudo surgiu da preocupação com as ações realizadas dentro das instituições de saúde de caráter humanizador. Muitas dessas ações responsabilizam apenas o servidor pela qualidade

<sup>2</sup> <http://www.mte.gov.br/Empregador/SegSau/Legislacao/Normas/conteudo/nr32/NR32.pdf>

do atendimento oferecido aos usuários, esquecendo-se que há todo um contexto a ser analisado que influi neste “bom atendimento”. Assim, a realização de uma Análise Ergonômica da Atividade pode auxiliar na compreensão deste contexto nas dimensões de condições, organização e interações socioprofissionais no trabalho, que interferem direta ou indiretamente no desenvolvimento das diversas atividades de trabalho e nas vivências de bem-estar e mal-estar dos servidores da instituição. Paralelamente, oferece subsídios para futuras intervenções, possibilitando a transformação positiva do ambiente de trabalho. Para auxiliar no processo da Análise Ergonômica da Atividade foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- ✓ Como se caracteriza o Contexto de Serviços da UTI do Hospital?
- ✓ Como se configuram os Custos físico, cognitivo e afetivo nas atividades desenvolvidas na UTI do Hospital?
- ✓ Quais são as estratégias de mediação adotadas no desenvolvimento do trabalho?

Dimenstein e Traverso-Yépez (2005, p. 47) afirmam que a pesquisa em saúde pública é relevante quanto a dois pontos, primeiro, quando vai além dos aspectos biológicos, “...quando se reconhece nas pessoas envolvidas a interdependência entre sua subjetividade e a dinâmica com o ambiente social e econômico da comunidade”, e segundo, quanto ao foco da pesquisa. A maioria das pesquisas no Brasil (Oliveira e Murofuse, 2001; Canini *et al.*, 2002; Marziali e Rodrigues, 2002; Stacciarini e Tróccoli, 2001; Metzner e Fischer, 2001) busca estabelecer relações causais entre fatores ditos de risco. Uma nova tendência sugere a necessidade de trabalhar a pesquisa em saúde pública por meio de uma perspectiva mais abrangente, que forneça alicerces para a definição das políticas em saúde. Neste sentido, a relevância na dimensão institucional e social se fundamenta na preocupação com a necessidade de produzir conhecimento que gere subsídios para a implementação de políticas que viabilizem a melhoria da saúde da população, tanto do servidor como do usuário.

Do ponto de vista acadêmico, contribui para a produção de conhecimento teórico-metodológico do Núcleo de Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde – ECoS, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UnB, e também fornece subsídios para novas pesquisas na área de UTI.

Para apresentar o desenvolvimento da pesquisa e responder ao objetivo proposto a presente dissertação foi estruturada da seguinte forma:

O primeiro capítulo aborda o quadro teórico de referência. Inicia com um breve histórico sobre a Saúde e a Doença, incluí, dentre outros, um tópico sobre o trabalho em saúde e outro sobre a síndrome de *burnout*, que tanto atinge e agride o

trabalhador da área de saúde. Em seguida, é abordada a Ergonomia, sua origem, evolução e principais conceitos.

O segundo capítulo descreve a abordagem metodológica adotada: a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). São apresentados os perfis, demográfico e profissiográfico dos participantes da pesquisa, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados em cada abordagem, finalizando com a apresentação da sistematização dos dados obtidos.

O terceiro capítulo apresenta os resultados mais expressivos e, à luz da teoria, busca responder às questões norteadoras estabelecidas e conseqüentemente, ao objetivo geral do estudo.

Na conclusão são retomados o objetivo geral e os principais resultados da pesquisa. Também são comentadas as contribuições e limitações do estudo, bem como as recomendações elaboradas com base na participação dos servidores. Finalmente, uma agenda de pesquisa é aberta na perspectiva de estudos futuros.



# 1. Quadro Teórico de Referência

A preocupação com os aspectos relativos à Saúde e à Doença da população vem desde a antiguidade. Toda a ação em saúde envolve a relação entre o “cuidador” e o paciente, entenda-se por “cuidador” todos os profissionais envolvidos diretamente no atendimento ao paciente. O foco de atenção nesta relação sempre foi o paciente. No entanto, muitos aspectos hoje no trabalho na área de saúde, tais como o alto índice de adoecimento dos profissionais de saúde, estão direcionando o foco de atenção também, para o outro lado desta relação: os cuidadores. Desta forma, este capítulo destina-se a apresentar as bases teóricas que fundamentam esta pesquisa. Divide-se em dois tópicos: um tópico destinado à discussão sobre a Saúde e à Doença, bem como o Trabalho em Saúde; logo em seguida um tópico destinado à discussão sobre a Ergonomia da Atividade e seus principais conceitos.

## 1.1. O Processo Civilizador, a Saúde e a Doença

Pensar na saúde e na doença é, também, pensar nas causas e conseqüências das mesmas. Desde a antiguidade a humanidade busca libertar-se da doença, do sofrimento trazido por ela e finalmente da morte. Em cada época a doença e a saúde assumiam significados, representações diferentes em virtude do desenvolvimento das ciências, da cultura do contexto, e conseqüentemente, práticas diferentes eram desenvolvidas.

No século XVIII, um processo macrossocial da maior importância histórica, provocou mudanças drásticas nas condições de vida e de saúde das populações: a Revolução Industrial. Estas mudanças acarretaram no acúmulo de condições insalubres de vida, fossem nos navios ou nas zonas urbanas e rurais. A pobreza e a miséria colaboravam para a disseminação de doenças contagiosas, isto é transmissão da moléstia do doente para indivíduos sãos. Medidas de isolamento eram adotadas, individuais ou coletivas, como as quarentenas nos portos marítimos das repúblicas italianas, a severa segregação dos leprosos, o afastamento dos lugares onde as epidemias começavam (Cardoso, 1999-2000).

Evidentemente, havia a percepção de que certas doenças se transmitiam, mas ainda não se sabia como isso acontecia (Souza, 1996). Desta forma, a doença antes tida somente como individual começou também a ter um caráter coletivo. Com o objetivo de prevenir o contágio, um regulamento de saúde era construído: as práticas sanitaristas. Tais práticas envolviam a vigilância e o controle dos espaços urbanos (ruas, habitações, locais de lixo, sujeiras e toxicidade) e grupos populacionais

(pobres, minorias étnicas e as classes trabalhadoras) considerados sujos e perigosos (Freitas, 2003).

O Estado não tinha condições de absorver todos os cuidados, de resolver todos os problemas assistenciais. Assim, embasado por uma ideologia sobre o trabalho e refletindo o problema da assistência a criação do trabalho assalariado evidencia-se como uma forma de conter a miséria e a pobreza, com objetivo de prevenir doenças, oferecendo condições mínimas de vida para quem conseguia trabalhar e para quem não tinha condições era encaminhado às instituições de caridade, locais onde eram “*cuidados*”.

Não se deve basear a assistência nem na riqueza produtora, o capital, nem na riqueza produzida, a renda, que é sempre capitalizável, mas no princípio mesmo que produz a riqueza: o trabalho. Na medida em que se faz com que os pobres trabalhem, eles serão assistidos sem empobrecer a nação. (Foucault, 1997, p.19).

O autor descreve este local, como uma forma inteiramente nova e mais ou menos desconhecida de espacialização institucional da doença. Um espaço diferenciado destinado a proteger e preservar a doença: as instituições hospitalares.

### 1.1.1. O Surgimento dos Hospitais no Brasil

Segundo a *Fédération Hospitalière de France*<sup>2</sup> o hospital é uma das criações originais das cidades medievais do Ocidente cristão. Etimologicamente significa a *casa dos hóspedes*, a *domus hospitalis*, tornou-se, na Idade Média: *hospitalis*, que por sua vez vem de *hostis*, o estrangeiro, quer se trate de um amigo, de um hóspede, ou de um inimigo, um ser *hostil*. O hospital traduz todas as ambiguidades de um espaço, primordialmente destinado aos indigentes e aos velhos, independentemente de toda e qualquer doença, aos *doentes hipertécnicos*, antes de serem recuperados e com a chegada de pessoas precárias para quem o hospital era, muitas vezes, o último recurso.

No Brasil, a evolução das práticas de saúde foi lenta. Estava vinculada ao poderio português e ao interesse dos que aqui chegavam à importação das técnicas européias. Segundo Filho (1996) supõe-se que a primeira Santa Casa fundada tenha sido a do porto de Santos em 1543. Com a evolução da assistência hospitalar, outras Casas de Misericórdia foram construídas, no entanto, somente as Casas mais importantes como as do Rio de Janeiro e da Bahia remuneravam seus profissionais. Alguns destes hospitais eram destinados ao ensino e assim, a assistência especializada foi se estruturando, sejam como casas particulares (de médicos), hospitais beneficentes ou dirigidos por órgãos governamentais (Filho, 1996). O início

---

<sup>2</sup> <http://www.fhf.fr/accueil/index.php>

das grandes campanhas sanitárias promovidas pelo Estado, tendo Oswaldo Cruz como precursor no Brasil, também foi um fator crucial para a criação de hospitais públicos de porte.

Durante muito tempo as atividades não eram remuneradas, caracterizando a práticas de saúde por caridade. Como o número de médicos não era suficiente para toda a população da época, outros profissionais também eram habilitados para exercerem a medicina no Brasil, os boticários (farmacêuticos), as parteiras e os barbeiros. Este último, além de fazer a barba e cortes de cabelo executava pequenas cirurgias ou sangrias (Filho, 1966). Percebe-se que já na formação das práticas de saúde existia uma divisão do trabalho: os médicos (físicos como eram chamados) eram responsáveis pelo desenvolvimento e pesquisa de novas práticas, enquanto que as outras categorias eram executoras das atividades. No hospital contemporâneo há uma linha demarcatória que coloca, de um lado, os que cuidam diretamente do doente - os profissionais de saúde - onde estão os médicos, o corpo de enfermagem, o pessoal dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; e do outro lado encontram-se os que dão sustentação a estas atividades como o pessoal de apoio administrativo e dos serviços de infra-estrutura (Ribeiro, 1993).

As instituições hospitalares, bem como as práticas desenvolvidas evoluíram e assumiram novas missões. Em 2006, além de recuperar “a força de trabalho adocida” (SIC) e devolvê-la ao mercado, assume a missão de adiar, tornar indolor e ocultar a morte, transformando-a em um processo tecnológico com a intervenção médica (Ribeiro, 1993, p.34).

### 1.1.2. O Trabalho em Saúde e o Trabalho na UTI

Desde o final do século passado, o Brasil enfrenta um processo de crise na área da saúde traduzido em escassez de recursos financeiros, que se agravam frente às aceleradas transformações tecnológicas e à crescente demanda por melhores produtos e serviços. Castelar, Mordelet, e Grabois, (1995) afirmam que, ao continuar centralizando a prestação de cuidados de saúde, o hospital brasileiro enfrenta o grave problema da ampliação da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica e da progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos.

O trabalho em saúde é o que mais apresenta índices de acidentes de trabalho (Anuário Estatístico da Previdência Social, 2004). Segundo Pitta (1999, p.98), as investigações sobre a saúde dos trabalhadores de hospitais vêm se desenvolvendo mais tardiamente, as pesquisas mais recentes, que “*estudam o hospital enquanto campo de atuação do processo tecnológico da atenção médica*”, apesar de identificarem a noção de risco como uma preocupação dos pesquisadores, estão

baseadas na Sociologia do Trabalho, na Ergonomia Moderna e na Psicopatologia do Trabalho.

Nogueira (1993) destaca que a expressão "*trabalho em saúde*" muitas vezes é empregada para descrever uma gama de funções e atividades que se desenvolve nos estabelecimentos de saúde, tanto ambulatorial como hospitalar. Contudo, o trabalho em saúde não deve ser visto como um processo único, pois agrupa diversos processos que devem ser considerados na medida em que envolvem "*formas muito distintas de empregar as energias, a destreza e o saber de diversos grupos de trabalhadores*" (Nogueira, 1993, p.19). Assim, ao se tratar do trabalho em saúde deve-se, prontamente, reconhecer a natureza heterogênea dos inúmeros processos envolvidos. Estes processos, apesar de heterogêneos, apresentam-se interconectados na dinâmica global do processo de produção em saúde.

As áreas de atividade são divididas e classificadas conforme a especialidade. Estas áreas são divididas em vários serviços onde se desenvolvem processos de trabalho particulares. Nogueira (1993) afirma que por meio da análise dos métodos e instrumentos de alguns desses processos, pode-se agrupá-los em três tipos de processo de trabalho: a) trabalhadores que oferecem apoio à produção de um determinado tipo de serviço, mas eles não têm muito de específico em relação ao setor em que se inserem (limpeza, hotelaria e segurança); b) laboratórios de análises clínicas que são comparáveis aos da indústria moderna em função da existência de um fluxo contínuo e semi-automatizado de trabalho e insumos, mediante a análise sistemática de amostras; e c) é o que se desenvolve por meio do atendimento clínico e cirúrgico, envolvendo cuidados com o paciente.

O trabalho de assistência à saúde no âmbito hospitalar tem se tornado cada vez mais complexo. As instituições hospitalares adquiriram, ao longo da história, características semelhantes às de diversos setores industriais, mesmo que em menor escala e preservando suas particularidades (Pitta, 1999; Castelar *et al.*, 1995).

Segundo Pitta (1999), os profissionais de saúde são os responsáveis diretos pelos procedimentos de assistência à saúde de doentes com doenças diversas, contudo, pouco se tem investido em pesquisas que especifiquem os múltiplos papéis enquanto usuários e enquanto prestadores de serviços, e a análise de seus agravos. Somente na última década (1990) é que as investigações sobre este complexo ambiente de trabalho e seus trabalhadores tornaram-se mais evidentes. Tais investigações, no setor da UTI, podem ser consideradas ainda mais escassas.

Nozawa *et al.* (2002, p.04) considera a UTI como um ambiente de "*elevada tensão, com incertezas no tocante à sobrevivência e ao aparecimento de eventos catastróficos, o que produz ansiedade, facilmente traduzida em estresse*". Segundo o

autor, este setor é por definição um local de convergência multiprofissional e os resultados de suas atividades dependem sensivelmente do estreito relacionamento entre os membros da equipe.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi criada por volta do ano de 1960, quando as técnicas sofisticadas de tratamento e instrumentação sofreram um grande avanço na medicina, implicando na necessidade de implantar e/ou ampliar um local, nos hospitais, destinados a atender e tratar pacientes com risco de vida. A finalidade da UTI é reduzir a morbidade e mortalidade sempre que possível (Nozawa *et al.*, 2002). Assim, a UTI pode ser caracterizada como um local destinado ao atendimento a pacientes em estado crítico, visando receber supervisão contínua de seu estado, podendo, desta forma, controlá-los com maior eficácia do que nas outras áreas hospitalares.

Para tal fim, utiliza-se de equipamentos e materiais especializados, mão de obra especializada e qualificada para assegurar uma assistência adequada aos pacientes internados. Entretanto, este ajuste nem sempre se torna possível, uma vez que se faz necessário realizar a adequação para a prestação da assistência a um paciente em estado crítico, sendo este assistido por um ser humano, que sofre influência do meio e com repercussão direta na sua produtividade.

A UTI, embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Os fatores agressivos não atingem apenas aos pacientes, mas também à equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros (Vila e Rossi, 2002).

A dinâmica do trabalho na UTI é intensa, além dos procedimentos rotineiros há a necessidade de estar preparado para atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e habilidade para tomar a decisão correta e em tempo hábil. O trabalho neste setor requer maior esforço físico, cognitivo e afetivo.

Várias são as fontes de estresse para os trabalhadores deste local, tais como: demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento; número insuficiente de pessoal; pouco reconhecimento profissional; plantões; longas jornadas de trabalho; exposição constante ao risco de contaminação e acidentes; periculosidade; pressão do tempo; convivência com pacientes problemáticos e em estado crítico e convivência com o sofrimento e a morte (Benevides-Pereira, 2002). Segundo a autora, não há uma ordem de importância para as fontes citadas, pois a

força do agente estressor dependerá de sua intensidade e frequência, diferindo ainda de uma pessoa para a outra.

As intervenções necessárias ao tratamento de doenças graves incluem tanto suporte básico (cuidado intensivo de enfermagem e monitorização cardiopulmonar) quanto cuidados direcionados à doença particular do paciente. Dependendo do grau de especialização os hospitais podem oferecer UTIs de acordo com a patologia do paciente ou de acordo com a faixa de idade. Quanto à patologia podem ser: coronarianas, cirúrgicas (para, trauma e de múltiplas disfunções), entre outras. Quanto à idade: neo-natais, pediátricas e de adulto.

### 1.1.3. **A Síndrome de Burnout no Trabalho em Saúde**

A síndrome de *burnout* é uma reação à tensão emocional crônica gerada por meio do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas (Maslach, 2005). O conceito é relativamente novo, segundo Benevides-Pereira (2002) alguns autores também denominam o fenômeno como estresse laboral, profissional, assistencial, ocupacional assistencial, ocupacional; neurose profissional, de excelência; ou ainda síndrome do esgotamento profissional.

Os trabalhos de Freudenberger figuram como um marco e impulso para vários outros trabalhos desenvolvidos sobre o tema. Freudenberger (1974, apud Benevides-Pereira, 2002), afirma que o *burnout* é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contato direto com pessoas em prestação de serviço como conseqüência desse contato diário no seu trabalho. A expressão “*síndrome de burnout*” foi o nome escolhido em português que significa queimar-se, perder o fogo, perder a energia.

Maslach (2005) afirma que *burnout* está estritamente ligado a profissionais de saúde, que perdiam então, o interesse, a empatia e o próprio respeito por seus pacientes. No entanto, segundo Benevides-Pereira (2002) a questão de a síndrome estar ligada somente a profissionais de saúde está sendo questionada, estendida e aplicada em outras categorias profissionais.

Não há uma definição unânime sobre esta síndrome, existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao estresse laboral. Trata-se de uma experiência subjetiva, agrupando sentimentos e atitudes e que tem um aspecto negativo para o indivíduo, dado que implica alterações, problemas e

disfunções psicofisiológicas com conseqüências nocivas para a pessoa e para a organização (Silva, 2002).

Codo e Vasques-Menezes (2000), caracterizam a *síndrome de burnout* envolvendo três componentes:

- ✓ Exaustão emocional: situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos em termos afetivos, percebem estar esgotada a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas.
- ✓ Despersonalização: desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo por parte do profissional, de atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas com as quais trabalha tratando-as como objetos.
- ✓ Falta de envolvimento pessoas no trabalho: tendência de uma “evolução negativa” no trabalho, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho.

Segundo Borges, Tamayo e Filho (2005), em estudo realizado na área de Saúde Pública em Natal, afirmam que o cenário, no qual os profissionais de saúde exercem suas atividades, pode ser considerado diferente de um ambiente ideal. Tamayo, Argolo e Borges (2005, p.223) ressaltam que há dois lados que devem ser observados na saúde pública:

*... de um lado, o caráter estressante e sacrificante da profissão assim como a complexidade da atividade realizada por esses profissionais, e de outro, as reclamações populares de atendimento de má qualidade, traduzidas em comportamentos e atitudes de descaso, indiferença e cinismo para com os usuários.*

Estes aspectos descritos pelos autores, representam algumas das conseqüências do desenvolvimento da *síndrome de burnout*. Silva (2002) afirma que as conseqüências nocivas são diversas tanto para o indivíduo, sob a forma de enfermidade, falta de saúde com alterações psicossomáticas (alterações cardiorespiratórias, gastrite e úlcera, dificuldade para dormir, náuseas) e para organização (deterioração do rendimento ou da qualidade de trabalho). Vários são os estágios e sintomatologias para a instalação do *burnout*. Alvarez Galego e Fernandez Rios (1991, apud Silva, 2002), distinguem três momentos para a manifestação da *síndrome*:

- ✓ Primeiro momento: as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um estresse laboral no indivíduo e a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa;
- ✓ Segundo momento: evidencia-se um esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido, a qual reflete no seu trabalho, reduzindo o seu interesse e a responsabilidade pela sua função;

- ✓ Terceiro momento: ocorre o enfrentamento defensivo, ou seja, o sujeito produz uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, ocasionando comportamentos de distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez.

Apesar de se observar alguns estágios no desenvolvimento do *burnout* é preciso considerar a *síndrome* como processo. A *síndrome de burnout* deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral, que aparece quando falham as estratégias funcionais de enfrentamento que o sujeito pode empregar e se comporta como variável mediadora entre o estresse percebido e suas conseqüências. Esse enfrentamento é definido por França e Rodrigues (1997), como sendo o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades.

A falta de realização pessoal no trabalho constitui-se como a tendência desses profissionais a avaliar-se negativamente e, de forma especial, essa avaliação negativa afeta a habilidade na realização do trabalho e a relação com as pessoas que atendem. Os trabalhadores sentem-se descontentes consigo mesmos e insatisfeitos com os resultados do seu trabalho (Silva, 2002).

Amorim e Turbay (1998), afirmam que há aspectos subjetivos (sentimentos e atitudes) que implicam em alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas, ou seja, com conseqüências nocivas para a pessoa e a organização. Os autores ressaltam a necessidade de um estudo também filosófico onde se explicita a natureza humana e as dinâmicas interpessoais que possam interferir no desempenho e produtividade no trabalho.

Há várias concepções teóricas sobre a síndrome: a) concepção clínica; b) concepção sócio-psicológica; c) concepção organizacional; e d) concepção sócio-histórica. Segundo Benevides-Pereira (2002) a concepção mais adotada é a Concepção sócio-psicológica devido à grande disseminação do *Maslack burnout Inventory* (MBI). Nesta concepção as variáveis sócio-ambientais atuam como coadjuvantes do processo de desenvolvimento do *burnout*.

Percebe-se, então, que o profissional de saúde fica à mercê das transformações nas ações em Saúde, das suas missões e ideologias. A forma como são organizadas as ações em saúde e as características do próprio ambiente de trabalho da UTI, não contribuem muito para o bem-estar dos cuidadores. Ao mesmo tempo em que os profissionais têm que “adaptar-se”, sofrem as conseqüências de tais adaptações, adoecem e ficam, muitas vezes, impossibilitados de exercer sua atividade com maior responsabilidade e segurança.



## 1.2. Ergonomia da Atividade

A Ergonomia é uma disciplina ainda jovem, em evolução e que vem reivindicando o *status* de ciência. Segundo Ferreira e Mendes (2003, p.35) “*é uma abordagem científica que investiga a relação entre os indivíduos e o contexto de produção de bens e serviços*”. Atualmente, é solicitada para intervir em diversas situações de trabalho, desde as mais automatizadas e informatizadas até as de trabalho manual.

### 1.2.1. Origem e Evolução

O termo Ergonomia foi utilizado pela primeira vez, em 1857, pelo polonês W. Jastrzebowski, que publicou um artigo intitulado “Ensaio de Ergonomia ou ciência do trabalho baseada nas leis objetivas da ciência da natureza”. Quase cem anos mais tarde, em 1949, um engenheiro inglês chamado Murrel criou na Inglaterra a primeira sociedade de Ergonomia, a “Ergonomic Research Society” (Laville, 1977). Posteriormente, a Ergonomia desenvolveu-se em numerosos países industrializados, como a França, Estados Unidos, Alemanha, Japão e países escandinavos.

Lida (2005) define a Ergonomia como o estudo da adaptação do trabalho ao homem. São objetivos práticos da Ergonomia: segurança, satisfação e o bem estar dos trabalhadores, para isso estuda diversos aspectos do ambiente de trabalho. Laville (1977) considera a Ergonomia como sendo o conjunto de conhecimento a respeito do desempenho do homem em atividade, a fim de aplicá-los à concepção das tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção. Wisner (1994) estabelece que a Ergonomia está preocupada com os aspectos humanos do trabalho em qualquer situação onde este é realizado.

Desta forma a Ergonomia busca não só a melhoria das condições de trabalho, mas também a melhoria da produção e da produtividade e principalmente o bem-estar dos trabalhadores.

Para a Ergonomia, a atividade trabalho aparece indissociável de uma relação tridimensional que o indivíduo estabelece com o contexto sociotécnico. Analisa as contradições presentes nestas relações que podem gerar necessidades físicas, cognitivas e afetivas. Assim, a Ergonomia estuda a atividade para compreender a forma de o indivíduo interagir com o meio que o circunda, confrontando-se com as contradições existentes. Nesta perspectiva, os efeitos da atividade de trabalho constituem uma dimensão analítica privilegiada da Ergonomia, tanto para efeitos positivos (objetivos quantitativos e qualitativos da Ergonomia obtidos no

desenvolvimento das competências), como pelos negativos (agravos a saúde, vivências de sofrimento, erros, incidentes, retrabalho).

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) implica na compreensão do trabalho e na transformação do mesmo. Para isto, conforme afirmam Guérin *et al.* (2001), um olhar crítico do funcionamento da organização é essencial. É necessário “ler” a organização tendo como eixo central a atividade dos trabalhadores.

O objetivo da Ergonomia é projetar e/ou adaptar situações de trabalho compatíveis com as capacidades e os limites do indivíduo, sendo norteados pela segurança dos trabalhadores, a eficácia e o conforto (Abrahão, 1999). Quando se parte deste pressuposto torna-se importante uma atitude flexível por parte do ergonomista, a fim de perceber a realidade do trabalho em seu contexto mais amplo e dinâmico.

O trabalho é uma atividade finalística, não sendo uma atividade neutra, pois engaja e transforma o sujeito que a executa, diante da variabilidade e das exigências das situações (Teiger, 1992, *apud* Torres, 2001). Além disso, o trabalho é uma atividade coordenada para responder ao que não está definido previamente pela organização prescrita (Dejours & Molinier, 1994, *apud* Torres, 2001). No confronto com o ambiente de trabalho o trabalhador cria e recria o ambiente e neste processo vários mecanismos são colocados em ação. Para melhor explicar estes mecanismos, a AET desenvolveu alguns conceitos, os quais serão abordados no próximo tópico.

### **1.2.2. Principais conceitos**

O espaço de trabalho é por natureza contraditório, onde para dar conta da variabilidade, das diferentes exigências e daquilo que é prescrito, o trabalhador forja estratégias mediadoras. As estratégias garantem a sobrevivência física, social e psicológica e permite ao trabalhador ser construtor da sua história. (Ferreira e Mendes, 2003)

Desta forma a Análise Ergonômica da Atividade privilegia a análise das situações de trabalho, onde o prescrito e o real se tornam categorias centrais de análise e permitem a compreensão das demandas que são feitas aos trabalhadores.

Segundo Ferreira e Freire (2001) o *prescrito* comporta duas dimensões:

- a) O trabalho teórico, constituído pelas representações sociais dos diferentes atores do contexto produtivo;
- b) As tarefas previstas, fixadas, normatizadas e regidas pela organização do trabalho.

As prescrições decorrentes da organização do trabalho determinam o que deve ser feito e quando, normalmente considerando apenas partes do que realmente exige do trabalhador (Abrahão e Torres, 2005). O prescrito é analisado com base na definição de tarefas, que põe em prática a divisão do trabalho e trazem, implicitamente, modelos de situações e de sujeitos (Ferreira, 2003).

A tarefa é a maneira como o trabalho deve ser executado: “*o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concebido para cada operação e as regras a respeitar*” (Daniellou, Laville e Teiger, 1989, p.7), e pode ser definida como a operacionalização do trabalho prescrito (Ferreira, 2003).

A atividade corresponde ao *trabalho real*, efetivo, do dia-a-dia, dificilmente previsto pela organização do trabalho. Ela se expressa sob a forma de estratégias operatórias e de regulação, que buscam construir uma ligação entre as exigências do trabalho prescrito e o bem-estar do trabalhador (Ferreira, 2003).

A atividade, portanto, tem o papel fundamental na situação de trabalho. Ao desempenhar uma tarefa, a atividade integra as prescrições e o conhecimento dos trabalhadores. Reúne em si a capacidade de integrar a empresa, o trabalhador e as tarefas, resultante do somatório dos componentes do processo das interações dos mesmos (Guérin *et al.*, 2001).

As atividades dos trabalhadores ocorrem num espaço tridimensional denominado por Ferreira e Mendes (2003) Contexto de Produção de Bens e Serviços (CBPS). É na verdade o *locus* material, social e organizacional onde se operam as atividades de trabalho e as estratégias de mediação individual e coletiva. Como esclarecimento, as estratégias de mediação são modos de pensar, sentir e agir diante da diversidade de contradições do mundo do trabalho, estas estratégias serão melhor explicitadas mais adiante. As principais dimensões do CBPS, segundo estes autores, são:

- a) *As relações sociais de trabalho* - é constituída por elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais de trabalho presentes no contexto de produção. Caracterizam a dimensão social do trabalho. São as relações hierárquicas, intra e intergrupais e relações externas (com fornecedores, clientes, etc) estabelecidas.
- b) *As condições de trabalho* - é composta pelos elementos estruturais: o ambiente físico, instrumentos e equipamentos de trabalho, matéria-prima, suporte organizacional, práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.
- c) *A organização do trabalho* - constituída por elementos prescritos (formal e informalmente) que expressam práticas de gestão de pessoas e do trabalho. Nesta integram a divisão do trabalho, as regras, a produtividade esperada, o tempo o ritmo requeridos, os controles, as características intrínsecas da tarefa e mesmo as regras informais de trabalho.

As atividades de trabalho realizadas em determinado contexto produtivo requerem e exigem daqueles que trabalham esforço e competências. Estas exigências, denominadas por Ferreira e Mendes (2003) de Custo Humano do Trabalho (CHT) podem ser: físicas (custo corporal, dispêndio fisiológico e biomecânico); cognitivas (custo cognitivo, dispêndio mental e aprendizagens necessárias); ou afetivas (custo afetivo, dispêndio emocional, reações afetivas, sentimentos e estado de humor).

As contradições e exigências presentes no CPBS podem obstacularizar (custo negativo), desafiar (custo positivo) a inteligência dos trabalhadores. Para responder a estas exigências os trabalhadores utilizam estratégias operatórias individuais e coletivas. Estas estratégias caracterizam-se por modos individual e coletivo de agir, pensar dos trabalhadores para responder às exigências no contexto, principalmente, a discrepância entre o trabalho prescrito e o real. Estas estratégias são de suma importância para a manutenção da saúde quando eficazes, no entanto, quando se tornam ineficazes, em virtude do fracasso, podem levar ao adoecimento no trabalho. As principais características das estratégias de mediação são (Ferreira e Mendes, 2003):

- ✓ Visam reduzir o CHT e conseqüentemente proporcionar o predomínio de vivências de bem-estar;
- ✓ Originam-se e desenvolvem-se em função em experiências de trabalho;
- ✓ Dependem de como os indivíduos e grupos de auto-avaliam e das imposições externas do contexto de produção e serviços;
- ✓ Viabilizam as atividades dos trabalhadores.

Sendo assim, os trabalhadores recriam e criam novos saberes, descobrem “macetes” e desenvolvem habilidades sensoriais a fim de reduzir o CHT e garantir o predomínio das vivências de bem-estar sobre as vivências de mal-estar. As vivências de bem-estar e mal-estar, segundo Ferreira e Mendes (2003, p.49), são “representações mentis dos trabalhadores concernentes ao estado geral em determinados momentos e contextos”. As vivências de bem-estar caracterizam-se por avaliações positivas a respeito da interação com o contexto no qual estão inseridos e as vivências de mal-estar caracterizam-se por avaliações negativas que os trabalhadores fazem a respeito desta interação com o contexto. Os autores ressaltam algumas características das vivências de bem-estar e mal-estar (Ferreira e Mendes, 2003, p.50)

- ✓ O conteúdo das representações se refere às conseqüências individuais e coletivas do Custo Humano no Trabalho;
- ✓ Possuem um caráter dinâmico que resulta do confronto entre as exigências físico-cognitivas-afetivas inerentes aos contextos de produção e às estratégias de mediação individual e coletiva dos trabalhadores.

- ✓ As representações de bem-estar e de mal-estar têm uma dinâmica própria, à maneira de um pêndulo, que tende a oscilar no eixo do processo saúde-doença: o movimento depende da eficiência e eficácia das estratégias de mediação;
- ✓ Quanto mais eficientes e eficazes forem as estratégias de mediação individuais e coletivas dos trabalhadores, menor será o Custo Humano no Trabalho - CHT, configurando o predomínio de bem-estar individual e coletivo;
- ✓ Quanto menos eficientes e eficazes forem as estratégias de mediação, maior será o Custo Humano no Trabalho, configurando o predomínio de mal-estar individual e coletivo.

Desta forma, a Ergonomia da Atividade pode oferecer diversas contribuições para melhorar as condições, a organização e as interações socioprofissionais no trabalho e conseqüentemente proporcionar maior bem-estar para os profissionais.

## 2. Abordagem Metodológica

O enfoque teórico adotado nesta pesquisa foi o da Ergonomia da Atividade (Guérin *et al.*, 2001; Wisner, 1994). Inicialmente apresenta-se o enfoque teórico. Em seguida os participantes, bem como, os instrumentos e procedimentos utilizados e finalmente descreve-se o tratamento dos dados.

### 2.1. A Análise Ergonômica do Trabalho

A abordagem metodológica é mais do que aplicação de técnicas e ou instrumentos para se obter dados, define uma articulação entre conteúdo, pensamentos e existência, inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitam, na medida do possível, a construção da realidade e, nas palavras de Minayo (1994, p.16) “*o sopro divino do potencial criativo do investigador*”.

Morin (1999) afirma que a aquisição do conhecimento é uma forma de conhecer o próprio ser humano, de saber como ele funciona e também conhecer todo e espaço que envolve este ser, que é objeto da pesquisa. Quando o autor propõe que este conhecimento aconteça nos níveis físico, biológico e antropológico tendo o pesquisador, com toda sua “*subjetividade*”, intercambiando estas informações, de certa forma propõe o exercício de um método transdisciplinar. Segundo Nicolescu (2000) a transdisciplinaridade aborda a dinâmica gerada pela ação de vários níveis da realidade ao mesmo tempo, busca uma intercomunicação entre as disciplinas, tratando efetivamente de um tema/objetivo comum (transversal).

Dentro desta perspectiva, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) identifica-se como uma abordagem transdisciplinar, na medida em que busca um diálogo com disciplinas afins para uma melhor compreensão do contexto de trabalho e assim poder transformá-lo de forma positiva. A AET segundo Guérin *et al.* (2001); Wisner, (1994), possibilita uma visão do contexto sob perspectivas diferentes. Ferreira (2003, p.43) complementa afirmando: “*O fazer da Ergonomia dá visibilidade a fatos, situações e contextos desconhecidos pelo conjunto dos sujeitos*”. Ainda segundo o autor a AET comporta cinco pressupostos básicos que são essenciais para se obter sucesso na análise, são eles: demanda ou situação-problema, participação voluntária dos trabalhadores e gestores, livre acesso às informações, variabilidade e atividade.

Embora a idéia inicial fosse a realização da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) na íntegra, imprevistos levaram à realização de alguns ajustes no trajeto metodológico previsto pela AET. Estes ajustes provocaram o surgimento de especificidades na condução da pesquisa, como a não realização da observação

sistemática. Sabemos que a análise sistemática representa um instrumento fundamental para a AET, na medida que é o instrumento utilizado para investigar as reais situações de trabalho – a atividade. Desta forma, não seria totalmente pertinente falar em Ergonomia da Atividade, no entanto, segundo (Guérin *et al.*, 2001), pode-se falar de uma etapa que, em um estudo com enfoque tradicional seria chamada de pré-diagnóstica, na qual os resultados obtidos serviriam de subsídios para estruturar o diagnóstico global e a proposta de recomendações pontuais. O aporte teórico-metodológico da AET permeia todo este estudo e desta forma, o instrumento utilizado da PP enriqueceu os dados obtidos.

Salientamos que esta abordagem de investigação se caracteriza por uma evolução não-linear, ou seja, há uma flexibilidade instrumental e procedimental que marca o caminhar metodológico configurando *allers et retours* no estudo da situação-problema (Ferreira, 2003). Assim, os acontecimentos e a dinâmica das situações analisadas orientaram o uso do método, permitindo a realização de ajustes durante as diferentes fases do estudo. Esta abordagem ainda, evidencia os componentes que não são visíveis no trabalho, componentes subjetivos que interferem, muitas vezes, na articulação do sujeito com o contexto. Integrar estes componentes facilitará a compreensão da complexidade do trabalho e se caso for ignorada, corre-se o risco de haver repercussões na saúde do trabalhador e na produtividade (Abrahão e Pinho, 2002).

## 2.2. Participantes

Nesta pesquisa os participantes não foram “selecionados”, foram convidados a participar. Cabe aqui esclarecimentos sobre como aconteceu esta escolha. Ao ingressar como psicóloga na UTI do Hospital, a pesquisadora primeiramente conversou com o chefe da UTI a respeito da possibilidade de se realizar a pesquisa neste local; a seguir conversou com os servidores<sup>3</sup> do setor sobre a pesquisa, explicitando os objetivos e convidando-os para participar. Posteriormente foi encaminhado ao diretor do Hospital o projeto da pesquisa, solicitando apreciação e autorização, e finalmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal solicitando a avaliação ética e científica do projeto. Com a devida autorização deu-se prosseguimento à pesquisa. Os participantes da pesquisa eram todos os servidores, no entanto nem todos participaram em todas as etapas da coleta de dados. Na tabela 1 pode-se observar quais os cargos existentes na UTI e quantos servidores de cada cargo. Pelo fato de alguns servidores estarem de licença por prazo indeterminado, e o fato do psicólogo

<sup>3</sup> O termo “servidor” é utilizado em recintos públicos desde que a Lei Nº8.112 de 11/12/90 foi decretada e sancionada instituindo o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União.

ser o pesquisador, o número total de servidores passíveis a participarem da pesquisa é 42. Os servidores, bem como os respectivos cargos participantes de cada etapa da coleta de dados serão descritos em cada tópico deste capítulo.

**Quadro de Pessoal da UTI, número de servidores por cargo e respectivos servidores em licença**

<b>cargo</b>	<b>N</b>	<b>Servidores em licença</b>	<b>N</b>
Médicos	7	1	6
Fisioterapeutas	1	-	1
Enfermeiros	7	1	6
Secretária	1	-	1
Técnicos de enfermagem	30	2	28
Psicóloga*	1	-	1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>43</b>

\* Pesquisador

**Tabela 1**

Optou-se por excluir o cargo de fisioterapeuta e de secretária, tanto da análise das escalas psicométricas, quanto da análise das entrevistas, em razão de ambos não terem uma presença tão constante quanto o restante dos profissionais da equipe. Buscou-se analisar os dados dos servidores que tinham um contato mais direto e intensivo com pacientes.

Dadas às condições de trabalho da UTI, a escolha dos servidores que fariam parte de cada etapa de coleta de dados não foi aleatória. Procurou-se evitar ao máximo a saída do servidor do setor durante o plantão para não perturbar o andamento das tarefas. Em função da maioria dos servidores ter outro emprego, não houve possibilidade de realizar as entrevistas fora do expediente. No tópico Instrumentos há a descrição dos participantes de cada etapa.

### **2.3. Instrumentos e Procedimentos**

Foram cinco os instrumentos utilizados para fins da coleta de dados: a) análise documental; b) observação livre; c) escalas psicométricas; d) vistoria ergonômica; e e) entrevista semi-estruturada individual. A seguir, será apresentado as principais características dos instrumentos bem como a justificativa da utilização de cada um.



### 2.3.1. Análise Documental

O objetivo é identificar os fatores macro (por exemplo, finalidades institucionais) e micro organizacionais (por exemplo, tarefas prescritas e suporte previsto) que servem de moldura para a compreensão da situação-problema analisada. Dentre os principais documentos analisados destacamos: manuais de rotinas e procedimentos, leis e decretos, normas, organogramas, planilhas e fichas a serem preenchidas pelos servidores e que compõem o prontuário dos pacientes e ainda a análise de levantamento estatístico do Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (NSHMT) do Hospital.

### 2.3.2. Observação livre

A observação livre visa estabelecer um primeiro contato e adquirir uma visão panorâmica das condições de trabalho. Na medida em que não foram realizadas as observações sistemáticas, as observações livres adquiriam um valor fundamental, servindo de contato inicial com os servidores do setor e também, para o levantamento dos indicadores críticos das condições de trabalho.

A coleta de dados, via observação livre somam 482 horas. Ocorreram no período de outubro de 2005 a agosto de 2006, abarcando um período de 12 horas por semana em dias da semana alternados. A maioria das observações realizaram-se durante o expediente normal diurno (segunda a sexta das 7:00 às 18:00, exceto duas observações do plantão noturno das 18:00 às 7:00 e dois dias nos finais de semana: um sábado (das 10:00 às 15:00) e um domingo (das 12:00 às 20:00). As situações pertinentes ao objetivo da pesquisa foram registradas num diário de campo, logo após as situações ou assim que fosse possível. Este tempo de observação livre foi possível em função da pesquisadora fazer parte do quadro funcional do setor.

Este período de observação permitiu entrar em contato com as interações do cotidiano as conversas que, se analisadas fora do contexto não produziram significado. As conversas consistem em modalidades privilegiadas para o estudo e produção de sentidos (Spink, 1999). Para Menegon (1999, p.216) tais conversas são expressões vivas dos contextos interacionais do dia a dia: *“conversar é uma das maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano”*. A utilização das conversas como fonte de pesquisa enriquece nossas opções metodológicas e nos coloca em contato com práticas discursivas produzidas de maneira menos esperada; por outro lado, acarreta alguns desafios: dificuldade de registro, clareza sobre os limites da análise possível e postura ética. Nesta pesquisa não utilizamos “as conversas” como principal recurso

metodológico, mas sim como um “*plus*” pelo fato de termos realizado um grande número de horas de observação livre.

### 2.3.3. Escalas Psicométricas

Foram aplicadas duas escalas do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) composto originalmente por quatro escalas e validado por Ferreira e Mendes (2003). As escalas utilizadas foram: Escala de Avaliação do Trabalho (AET) e Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT). Cada escala psicométrica do tipo Likert, de frequência de 5 pontos. As escalas adotadas encontram-se no anexo 1.

A escala de Avaliação do Trabalho (EAT) se propõe avaliar as características das condições e da organização, e as relações socioprofissionais de trabalho. Composta por 28 itens divididos em três fatores: a) precariedade das condições de Trabalho; b) rigidez da organização do trabalho; e c) falta de apoio nas relações sócioprofissionais.

A escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) se propõe a avaliar as exigências do trabalho nas dimensões física, cognitiva e afetiva. É composta por 31 itens e dividida em três fatores: a) custo afetivo; b) custo cognitivo; e c) custo físico.

O objetivo principal deste instrumento é levantar os indicadores críticos do serviço com base nas representações dos sujeitos. A aplicação das escalas foi feita individualmente dentro do próprio local de trabalho, muitas vezes sendo interrompida para realização de procedimentos. O tempo e as condições de trabalho do setor foram elementos dificultadores para a aplicação do questionário, ocasionando a baixa participação nesta fase de coleta de dados. A tabela 2 demonstra quantos servidores e respectivos cargos que participaram desta etapa.

**Número de servidores de cada cargo participante da aplicação de questionário**

<b>cargo</b>	<b>N</b>
Técnico de Enfermagem	16
Enfermeiro	4
Médico	5
Fisioterapeuta	1
Secretária	1
total	27

**Tabela 2**

A análise dos resultados do ITRA serviu para o levantamento de uma “fotografia” do setor pesquisado e sinalizou alguns indicadores críticos importantes e que foram explorados na realização das entrevistas. No entanto, face ao baixo número de participantes, o que compromete um aprofundamento estatístico mais apurado do caso, não utilizaremos estes resultados como suporte principal na análise e discussão.

#### 2.3.4. Vistoria Ergonômica

A escolha das variáveis a serem avaliadas na vistoria ergonômica baseou-se nas queixas dos servidores: o barulho. O objetivo foi identificar se o ruído enquanto variável estaria interferindo no conforto acústico dos servidores. Tal vistoria foi supervisionada por um arquiteto com habilitação em Ergonomia e contou com a colaboração de um técnico de segurança do trabalho do Hospital e da própria pesquisadora. O instrumento técnico foi o decibímetro, marca Lutron, modelo SL-4001, digital, com precisão 35 a 130 dB, 3 faixas, resolução 0,1 dB selectores, fast t=200 ms, slow t=500 ms.

Primeiramente, realizou-se a avaliação do conforto acústico de três leitos, em três posições com o ar condicionado ligado: Posição 1 (P1) ao lado do leito; Posição 2 (P2) aos pés do leito e P(3) na ilha de atendimento (3m de cada leito). Podemos melhor visualizar as posições de verificação na figura 1. Estas posições foram escolhidas, pois são os locais mais freqüentados pelos servidores.

#### Posições utilizadas para avaliação do conforto acústico

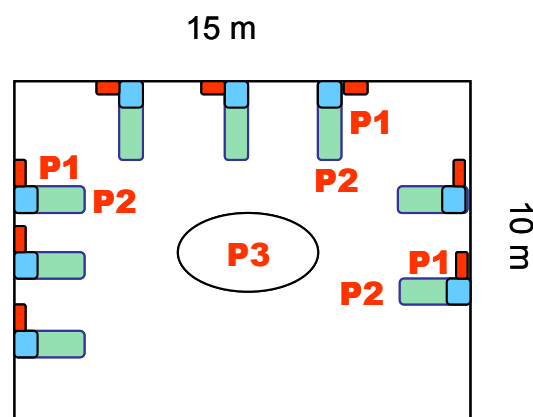


Figura 1

#### Legenda:

Posição 1: (P1) ao lado do leito

Posição 2: (P2) aos pés do leito

Posição 3: (P3) na ilha de atendimento (3m de cada leito)

### 2.3.5. Entrevistas Semi-Estruturadas Individuais

Toda pesquisa com entrevistas é um processo social, uma interação e um empreendimento cooperativo. É uma relação de troca de idéias e significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas (Gaskell, 2002). Dentre os tipos de entrevistas optamos pela entrevista semi-estruturada por ser a que melhor se adapta às condições de realização da pesquisa. As categorias da entrevista foram estabelecidas buscando melhor explorar os dados obtidos na aplicação das escalas psicométricas e identificar as estratégias de mediações operatórias adotadas na atividade. O roteiro da entrevista encontra-se no anexo 2.

As entrevistas foram realizadas com os servidores que estavam na UTI, em momentos em que havia pessoal suficiente para os atendimentos, em horários de menor demanda e se o servidor tivesse disponibilidade. Ocorreram na sala de repouso dos médicos, dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros. Nos momentos de entrevista o local ficava restrito à presença do pesquisador e do entrevistado, sendo garantida a confidencialidade das informações. A tabela 3 demonstra o número de servidores e os respectivos cargos dos participantes da etapa de entrevista semi-estruturada individual:

**Número de servidores e respectivos cargos participantes da entrevista individual**

<b>cargo</b>	<b>N</b>
Técnico de Enfermagem	6
Enfermeiro	4
Médico	4
total	14

**Tabela 3**

### 2.4. Sistematização dos Dados Obtidos

Os dados foram sistematizados com base em duas dimensões analíticas: quantitativa e qualitativa.

a) Quantitativa - análises estatísticas descritivas das escalas utilizadas.

Em função das características do grupo a ser pesquisado, população pequena e grupo heterogêneo, estatisticamente fala-se em censo, pelo menos a maioria absoluta (50% +1) de cada subgrupo (cargo).

Assim, temos a tabela a seguir (tabela 4) demonstrando o número de servidores mínimo para participar da pesquisa respondendo o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento, partindo dos servidores passíveis de participar (40).

**Número mínimo de respondentes do ITRA**

<b>Cargo</b>	<b>Nº servidores</b>	<b>50% +1</b>
<b>1</b> Médicos plantonistas	6	4
<b>2</b> Enfermeiras	6	2
<b>3</b> Técnicos de enfermagem	28	15
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>21</b>

**Tabela 4**

b) Qualitativa

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo categorial temática segundo os pressupostos metodológicos propostos por Lawrence Bardin (2004, p. 07). Para a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos, “*é uma hermenêutica controlada baseada na dedução: inferência*”. A análise categorial tem como finalidade agrupar o conteúdo verbalizado em categorias, que constituem os núcleos de sentido da fala.

As categorias temáticas para a entrevista individual foram definidas a priori. Foram gerados 10 *corpus* textuais e a princípio cada um foi tratado separadamente, para depois serem agrupados nas categorias temáticas pré-definidas.

Assim, iniciou-se a fase de pré-análise, na qual foi realizada uma leitura “flutuante” (nome dado por analogia com a atitude do psicanalista) e que corresponde a um período de intuições. Na segunda fase, na exploração do material realizou-se a codificação e categorização do material tendo as questões norteadoras da pesquisa como foco o que resultou na construção de tabelas para cada categoria temática. Finalmente o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação à luz do referencial teórico e das questões norteadoras.

Ao final de cada verbalização há a identificação da categoria profissional do entrevistado, médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem<sup>4</sup> e o nome fictício adotado. Para melhor acompanhamento dos resultados deixamos as verbalizações de forma literal.

<sup>4</sup> O termo auxiliar de enfermagem foi abolido da carreira, no entanto muitos ainda se referem ao técnico de enfermagem como auxiliar de enfermagem. Como optamos por deixar as verbalizações literais onde se lê “auxiliar” entenda-se por “técnico de enfermagem”.

## Resultados e Discussão

### 3.1. Caracterização do Hospital

O Hospital Regional pesquisado faz parte da rede de hospitais públicos da Secretaria de Saúde (SES) de uma cidade satélite do Distrito Federal. Atende pacientes da própria cidade satélite em que se localiza e de cidades vizinhas tanto do Distrito Federal, como do estado de Goiás, Minas Gerais e Bahia.

Este Hospital foi utilizado como Hospital Universitário pela UNB, durante 16 anos. Em junho de 1980, o Hospital passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal, atualmente SES.

A Regional de Saúde desta cidade conta com um hospital secundário, três centros de saúde, quatro postos rurais de saúde e o programa de saúde da família com cinco equipes. Oferece atendimento de emergência, nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Traumato-Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Internação Hospitalar nessas áreas, UTI de adulto, serviço completo de Hemodiálise e Berçário de Médio Risco, além de ambulatório em diversas especialidades. Nesta Regional de Saúde está localizada a coordenação do SAMED (Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio), serviço este que foi pioneiro e conta, atualmente, com mais de 300 pacientes recebendo tratamento domiciliar.

### 3.2. Descrição da UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) funciona no Bloco C1, com área total de 431,5 m<sup>2</sup>. Possui espaço para dez leitos, porém atualmente somente sete estão ativados, dado à falta de equipamentos e recursos humanos. Conta ainda com área de isolamento, sala de prescrição, de repouso médico e de enfermagem, dois banheiros, copa, sala de material estéril, sala de material sujo e expurgo. No corredor de acesso à UTI existe a Central da Coordenação de Internação Domiciliar, sala da chefia da UTI e de repouso da chefia de equipe. A figura no anexo 3 demonstra o *layout* da UTI.

Esta Unidade atende pacientes de ambos os sexos, com patologias diversas. O setor funciona ininterruptamente, com escalas de revezamento por turnos de trabalho, cuja equipe mantém por turno: 1 enfermeiro, 4 técnicos de enfermagem; 1 secretário no período da manhã e tarde, 1 auxiliar de serviços gerais; 1 médico plantonista; 1 fisioterapeuta; 1 nutricionista; e 1 psicólogo. A disposição dos turnos compreende: matutino (7:00 às 13:00); vespertino (13:00 às 19:00); e noturno (19:00 às 7:00). O chefe da UTI que é o médico plantonista, responde diretamente ao Diretor

de Atenção à Saúde que, atualmente é o diretor deste Hospital. O organograma do Hospital pode ser observado no anexo 4.

## Equipamentos

Os equipamentos básicos da UTI são: Respiradouro, monitor de sinais vitais e bombas de audiometria. Podemos melhor visualizar estes equipamentos na Figura 2.

### Equipamentos básicos da UTI



Figura 2

### 3.3. Descrição da equipe da UTI

A equipe da Unidade é composta por 51 servidores, distribuídos em 8 cargos conforme a tabela 5:

### Cargos da equipe da UTI

Cargo		N
1	Médico plantonista*	7
2	Fisioterapeuta	2
3	Enfermeiro*	7
4	Psicólogo*	1
6	Nutricionista	1
5	Técnicos de enfermagem*	30
7	Secretária	1
8	Auxiliar de serviços gerais	2
<b>Total</b>		<b>51</b>

\* cargos que participaram da pesquisa

**Tabela 5**

### Perfil Demográfico dos Servidores da UTI

A análise dos dados relativos ao perfil dos servidores da UTI permite destacar os seguintes itens:

- ✓ A idade dos servidores participantes varia entre 27 anos a 49 anos, com predomínio de pessoas na faixa de 30-38 anos;
- ✓ A equipe médica é composta por 4 servidores do sexo masculino e 2 servidores do sexo feminino; No cargo de enfermeiro todos os servidores são do sexo feminino e no cargo de técnico de enfermagem dos 30 servidores apenas dois são do sexo masculino;
- ✓ No cargo de técnico de enfermagem a exigência é de ensino médio. Três técnicos possuem ensino superior completo em enfermagem.
- ✓ Há a predominância de servidores casados;
- ✓ Apenas uma servidora técnica tinha menos de 2 anos de tempo de trabalho nesta UTI. O restante dos servidores exerce a profissão no setor há mais de 3 anos.

### 3.4.Ciclos Típicos de Trabalho na UTI

Para Nogueira (1993) quando se fala sobre o trabalho em saúde deve-se, prontamente, reconhecer a natureza heterogênea dos inúmeros processos envolvidos. Estes processos, apesar de heterogêneos apresentam-se interconectados na dinâmica global do processo de produção em saúde. O termo “processo” utilizado por Nogueira será aqui substituído por “ciclos típicos de trabalho”. Neste contexto, por meio de análise documental, observação e entrevistas, buscamos identificar como ocorrem os diferentes ciclos de trabalho das três categorias profissionais pesquisadas (médico, enfermeira e técnico de enfermagem) sob a percepção dos servidores.



A terapia intensiva é, por definição, uma área de convergência multiprofissional, dentro do sistema de atendimento hospitalar. Os resultados das atividades dependem sensivelmente do relacionamento entre os membros da equipe (Nozawa *et al.*, 2002). As atividades destes profissionais estão profundamente ligadas, apresentaremos a seguir verbalizações a respeito das percepções de cada profissional respeito do papel de cada um:

*(...) o médico é que faz... Coordena qualquer coisa que se vá fazer (...) ele tem que entender o paciente como um todo.*  
(Médico Jack)

*Papel do médico (...) é observar tudo o que está acontecendo a nossa volta, então a gente tem a preocupação do número do tubo, se está recondicionado, se o tubo foi lubrificado, se o aparelho está funcionando, se o monitor está funcionando, qual medicação está sendo feita, como está sendo feita, qual a velocidade de infusão... Sabe pra não descompesar o paciente que já está descompensado.* (Médico David)

Para a atividade do médico não há um regimento interno, segundo Orlando (2002) a adoção de tal regimento é muito útil, pois estabelece objetivos gerais de funcionamento do serviço, esfera de atuação profissional, relacionamento hierárquico, interpessoal e intersetorial. Ainda para a atividade de médico, não há um protocolo de atendimento, até mesmo pela especificidade de cada quadro de saúde, cada evento exige uma avaliação e a ação é tomada a partir desta avaliação em interação com os conhecimentos técnicos e com o bom-senso. Isto contribui para o aumento do custo cognitivo destes servidores.

Com relação às atividades da equipe de enfermagem, há um manual de procedimentos com as rotinas diárias, tanto para a enfermeira quanto para o técnico. Na visão dos técnicos a execução de todas as rotinas de trabalho se resume a “cuidar”:

*(...) cuida! A gente dá banho, aspira, limpa o paciente (...), passa creme, penteia o cabelo, se o paciente tá consciente a gente conversa, pra ele se sentir melhor (...)*(Técnica de Enfermagem Phoebe)

A técnica de enfermagem Cloe resume quais os principais procedimentos envolvidos no “cuidar” e executados por esta categoria na UTI:

*(...), a gente vê as condições do paciente que ta inconsciente, não fala, não come. Então a gente vai ver as coisas por ele, ver os sinais vitais dele, limpar ele, alimentar ele, cuidar dele, esse tipo de coisa: sinais vitais, medicação, banho, anotações, ver a parte respiratória dele (...)* (Técnica de Enfermagem Cloe)

A percepção de cada categoria profissional é bem clara, bem como das tarefas de cada um e da complementaridade das tarefas. Nesta verbalização o papel

do médico aparece como principal, no entanto acaba por mesclar-se com a necessidade das outras categorias:

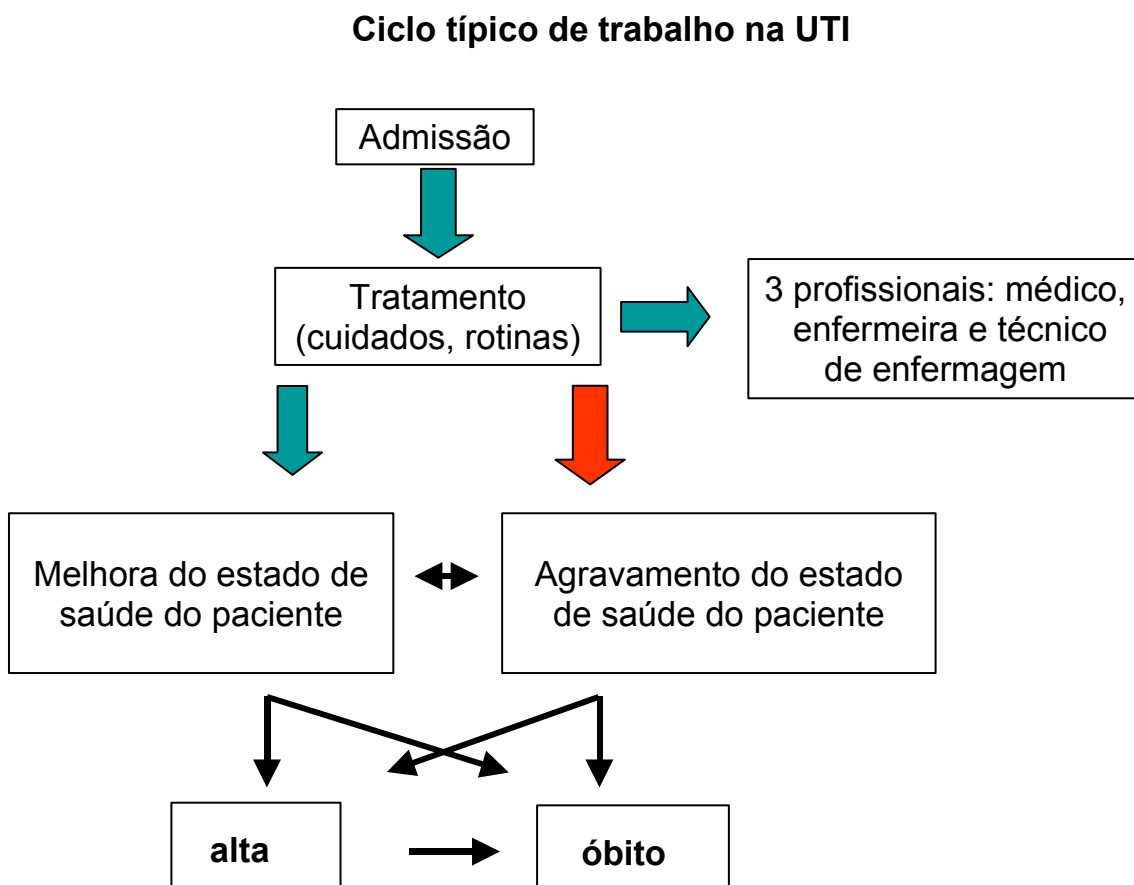
*O papel mais importante é do médico: estabilizar o paciente, a enfermeira é colaborar neste processo e do auxiliar... É uma coisa tão em conjunto. O médico prescreve, a enfermeira coordena o serviço e o auxiliar faz a medicação e cuida do paciente. Um depende do outro totalmente. (Enfermeira Mary)*

Dentro do ciclo de trabalho a percepção do técnico de enfermagem com relação aos três profissionais resume-se em:

*O médico faz mais a parte de curar. A parte de cuidar é nossa (dos técnicos) e a enfermeira colabora assim... Mas quem lida diretamente, quem faz o cuidado intenso, somos nós. (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

*O médico cuida da doença e nós cuidamos da pessoa! (Técnica de Enfermagem Cloe)*

A figura 3 demonstra o ciclo típico de trabalho na UTI.



**Figura 3**

Dentro deste ciclo típico de trabalho e resumindo a atividade de “cuidado” temos como conteúdo de cada atividade:

- a. O médico avalia o paciente como um todo.

- b. A enfermeira passa as informações aos técnicos, faz a evolução do paciente, faz curativo, realiza procedimentos mais invasivos que envolvem maiores riscos.
- c. O técnico de enfermagem realiza todos os procedimentos rotineiros (uma lista contendo todos os procedimentos encontra-se no anexo 5), monitora o paciente a todo instante e avisa à enfermeira ou ao médico quando há intercorrências. Além dos procedimentos de rotina diária, a cada duas horas o técnico tem que realizar os seguintes procedimentos:
  - ✓ Verificar e fazer novas administrações de medicamentos;
  - ✓ Virar de decúbito o paciente quando possível;
  - ✓ Aspirar o paciente;
  - ✓ Fazer a limpeza geral do leito e do paciente;
  - ✓ Medir e anotar diurese;
  - ✓ Aferir sinais vitais.

Othero e Costa (2002) ressaltam a necessidade não somente da capacidade técnica da equipe, mas também da atitude humana, da habilidade e sensibilidade para atuar em situações de sobrecarga emocional.

### **3.5. Como se caracteriza o Contexto de Serviço da UTI do Hospital?**

O termo Contexto de Serviço é aqui utilizado como uma adaptação do termo Contexto de Produção Bens e Serviços (CPBS) de Ferreira e Mendes (2003, p.41). Para os autores o termo “expressa o lócus material, social e organizacional no qual se operam a atividade de trabalho e as estratégias individual e coletiva de mediação utilizadas pelos trabalhadores na interação com a realidade de trabalho”. Este contexto articula três dimensões compondo uma totalidade integrada e articulada, condições, organização e relacionamentos socioprofissionais no trabalho. Desta forma, para melhor responder a esta questão dividimos a apresentação e discussão dos resultados em três partes, consistindo cada parte uma dimensão. Para não ocasionar confusões, substituiremos o termo “dimensão” por “categoria temática” em razão de esta última ser a denominação utilizada pelo enfoque da análise de conteúdo adotada. A primeira categoria temática a ser apresentada será a de condições de trabalho, seguida da categoria temática de organização do trabalho e finalmente de relacionamento sócio profissional.

Os resultados apresentados dentro de cada categoria temática serão respectivamente: resultados da entrevista individual e da observação participante, esta última será sinalizada constando entre parênteses observação [(observação)]; resultados da Vistoria Ergonômica, somente para a dimensão de condições de

trabalho; resultados da análise documental quando houver; e finalmente os resultados do ITRA (Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento) quando forem relevantes. Inicialmente será dada uma definição de cada categoria temática, seguida de uma tabela com as principais verbalizações acerca de cada categoria constituinte e após, a discussão dos dados obtidos á luz da teoria.

### **3.5.1. Condições de Trabalho**

A categoria temática condições de trabalho é “composta pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no *locus* de produção e caracterizam sua infra-estrutura, apoio institucional e práticas administrativas” (Ferreira & Mendes, 2003, p. 42).

Martin & Gadbois (2005) afirmam que as condições de trabalho no hospital constituem para a Ergonomia um campo de problemas particular pelo caráter duplamente original do objeto da atividade: o ser humano doente. Para os autores cuidar é ao mesmo tempo intervir sobre o organismo, objeto biológico complexo e ajudar uma pessoa que está com sua saúde prejudicada, tratando de restaurar seu quadro de saúde. As condições de trabalho podem comprometer em diversos níveis os “resultados” ou os objetivos do trabalho, seja devido ao ambiente físico não estar adequado e prejudicar a execução das atividades; por um procedimento que não pode ser executado por falta de material; por um diagnóstico que não pode ser completado devido a não se ter acesso a equipamentos mais adequados; ou ainda, por falta de pessoal para o atendimento. A seguir, na tabela 6, apresentamos as categorias da Categoria Temática Condições de Trabalho, bem como verbalizações correspondentes.

### Categoria temática 1 – Condições de trabalho

**Descrição:** percepção dos servidores quanto às condições de trabalho (ambiente físico, instrumentos, equipamentos, suporte organizacional)

Categorias	Exemplos de Verbalizações
Ambiente físico (sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Eu vou pra casa e fico ouvindo o barulho da UTI lá (...)</i> (Enfermeira Susan)</li> <li>• <i>Logo que comecei a trabalhar aqui sabia direitinho qual era a bomba que estava apitando hoje já não consigo discriminar qual é a bomba de audiometria que está apitando (...)</i> (Técnica de Enfermagem Moly - observação)</li> </ul>
Instrumentos (ferramentas, máquinas, materiais, documentação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Na Secretaria de Saúde falta muita coisa, muito material, coisa básica, desde um simples sabonete para lavar a mão, recursos diagnósticos. Isso estressa mais a equipe ainda, às vezes o material não é de boa qualidade.</i> (Enfermeira Susan)</li> <li>• <i>(...) falta tudo, tem dia que não tem luva, hoje não verificou a glicemia de ninguém porque não tinha fitinha. Tem dia que não tem esparadrapo (...) Falta muito material e a gente tá sem pessoal também. (...)</i> (Técnica de Enfermagem Phoebe)</li> </ul>
Suporte organizacional (informações, suprimentos, tecnologias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) Tem problema de faltar material, mas o mais grave mesmo é equipamento. Faltar ultra-som, tomografia de acesso fácil é o que mais atrapalha no trabalho.</i> (Médico Paul)</li> <li>• <i>Prejudica! Manda o hemograma lá para o hospital de Base. Acaba fazendo, fica mais difícil, mais complicado (...)</i> (Médico Peter)</li> </ul>

**Tabela 6**

### Ambiente Físico

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde (Nishide, Benatti e Alexandre, 2004). Acrescenta-se à insalubridade outros aspectos do ambiente que são fontes de tensão, tais como temperatura, ruído e vibrações (Iida, 2005). Para este estudo, focalizamos na história ergonômica a variável ruídos por ser a queixa mais constante dos servidores da UTI. É de se imaginar que o ambiente hospitalar seja silencioso, no entanto nem sempre é assim. Garrido e Moritz (1999) realizaram um estudo sobre poluição sonora em uma Unidade de Terapia Intensiva e constataram que o nível de ruído era alto e excedia os níveis recomendados. Outro estudo realizado por Pereira *et al* (2003), também identificaram ruídos acima do recomendado em UTI. Os níveis de ruído na UTI em questão são elevados, em decorrência dos inúmeros alarmes e equipamentos, além

da conversação da própria equipe hospitalar. Há o ruído incessante de sete (às vezes oito) respiradouros; o ruído do ar condicionado, este já antigo e que, na maior parte do tempo, fica ligado; freqüentemente há o ruído dos sinalizadores das bombas de audiometria (sete) que disparam, ou quando o tempo programado esgotou-se necessitando de nova programação ou ainda, quando por algum outro motivo ela pára de funcionar; o ruído do carrinho de primeiros socorros que é conduzido para cada leito quando em atendimento; e ainda os ruídos da máquina de hemodiálise que quando necessária fica por horas ligada (2 a 4 horas).

**Posições mais utilizadas e respectivas medidas dos ruídos dentro da UTI  
(aparelho utilizado – decibímetro)**

<b>Posição</b>	<b>Descrição</b>	<b>Leito 8</b>	<b>Leito 6</b>	<b>Leito 3</b>
P1	Ao lado do leito	55-61 dB	40-60 dB	40 dB
P2	Aos pés do leito	55- 59 dB	40 – 51 dB	40 – 52 dB
P3	Na ilha de atendimento (3 metros de cada leito)	55 dB	55 dB	55 dB

**Tabela 7**

Com os sinalizadores disparados somente na posição 1, ao lado do leito e ao lado da bomba de audiometria é que o ruído encontra-se acima da medida limite (65 dB). Entretanto a freqüência com que ocorrem é grande, em 10 minutos de observação foram anotados 4 disparos de sinalizadores. A tabela 8 demonstra as posições nas quais foram realizadas as mensurações, bem como as respectivas medidas.

**Medidas de ruídos  
com os sinalizadores das bombas de audiometria disparados**

<b>Posição</b>	<b>Descrição</b>	<b>dB</b>
P1	Ao lado do leito (cabeceira)	74
P2	Aos pés do leito	60
P3	Na ilha de atendimento (3 metros de cada leito)	57

**Tabela 8**

Com o carrinho de primeiros socorros a mensuração foi realizada na posição de quem o estava conduzindo. Produziu 67 a 70 decibéis. Valor considerado acima do limite aceitável para ambientes ruidosos (Iida, 2005).

Já em relação à máquina de hemodiálise, ao lado da máquina ligada produz 65 a 70 dB. Eventualmente a máquina dispara um alarme. Dispara quando é ligada, desligada ou quando trava. O alarme pára quando é iniciado o funcionamento ou desligamento completo, o que leva alguns segundos podendo chegar a um (1) minuto, ou ainda quando o motivo que a fez travar é solucionado. Para melhor avaliar estes ruídos foi realizada uma simulação com uma máquina da hemodiálise. Quando estava com o alarme disparado, obtemos: ao lado da máquina 73 a 75 dB, e a um metro da máquina 70 a 74 dB. Novamente obtemos uma medida considerada acima do limite máximo aceitável para ambientes ruidosos. Segundo Lida (2005, p.505), embora os “ruídos até 90 dB não provoquem sérios danos aos órgãos auditivos, os ruídos entre 70 e 90 dB dificultam a conversação e a concentração, e podem provocar aumento dos erros e redução do desempenho”.

Dados do ITRA evidenciam que 40% dos servidores respondentes (N 25) consideram que há muitos ruídos no ambiente. No item: “existe muito barulho no ambiente de trabalho”, 6 respondentes afirmaram que às vezes, 4 respondentes afirmaram que freqüentemente e 1 respondente afirmou que sempre.

Nas entrevistas também foram detectados incômodos por parte dos servidores:

*Tem muito barulho, o ar condicionado direto ligado, o barulho dos respiradouros, as bombas que apitam (...) tem dia que você sai parece com um zunido dentro da cabeça (...) (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

Dentro de locais de trabalho que necessitam atenção constante, os ruídos podem provocar alteração no nível de atenção. A UTI é um local de trabalho que necessita de atenção a todo instante, principalmente da parte do técnico de enfermagem, é ele quem tem contato mais direto e por mais tempo com o paciente. Ele tem que estar atento aos monitores de sinais vitais de seus pacientes; aos coletores de dejetos; necessidade de aspiração; sempre monitorando a administração dos medicamentos, qual medicamento já foi administrado, qual falta administrar, ou seja, sempre atento a todos os sinais dos pacientes:

*Aqui você tem que esquecer tudo para se dedicar. Só vou lembrar de coisas quando saio daqui. A atenção que você tem que dar é integral. (Técnica de Enfermagem Vickie)*

A análise dos resultados da vistoria ergonômica, do ITRA e das entrevistas nos permite afirmar que o fator ruído interfere no fator cognitivo e atua como agravante no conforto acústico dos servidores, transformando-se em um grande fator de estresse e podendo gerar distúrbios fisiológicos e psicológicos tanto nos pacientes como nos funcionários dessa unidade.

## Instrumentos

Conforme Ferreira e Mendes (2003) a categoria “instrumentos” refere-se às ferramentas, máquinas e documentação; os “equipamentos” referem-se aos materiais arquitetônicos, aparelhagem e mobiliário e a “matéria-prima” referem-se aos objetos materiais/simbólico e informacionais. Para melhor analisar os dados agrupamos todos estes itens dentro da categoria “instrumentos”.

Todos os entrevistados, das três categorias profissionais caracterizaram as condições de trabalho como regulares ou precárias com relação aos instrumentos (falta de material, falta de pessoal e equipamentos).

*(...) falta material aí a gente tem que improvisar. Conversar. Ir atrás. Isso estressa muito. (Enfermeira Mandy)*

Num contexto no qual os instrumentos são precários a tensão é constante. A todo o momento os servidores se questionam de que se não tiver material ou equipamento o que será feito, quais serão as conseqüências. Segundo Junior e Ésther (2001) a falta de condições materiais e tecnológicas é tida como muito desgastante, originando sentimentos de impotência ao tentar e não conseguir aquilo de que necessitam, obter os materiais de que necessitam depende, muitas vezes, da boa vontade de outros.

Um estudo realizado por Marziale (2001) demonstra que as condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais há muito tempo tem sido considerada inadequada devido às especificidades do ambiente e das atividades insalubres executadas. A autora destaca que a preocupação dos profissionais de saúde em relação à deterioração dos cuidados de enfermagem em hospitais públicos não se refere somente aos países da América do Sul, profissionais de outros países, tais como: Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia demonstram tal preocupação e ainda sinalizam desgaste emocional pela piora da qualidade no cuidado humano em função da falta de condições de trabalho.

A técnica de enfermagem Phoebe demonstra esta preocupação, chama a atenção para a falta de pessoal que sobrecarrega os técnicos e ainda se caso houver alguma intercorrência (algo fora da rotina que exige um atendimento imediato ao paciente, por exemplo, uma parada cardíaca), dependendo do procedimento que se está realizando, não há como deixar o paciente para ir atender ao outro paciente.

*(...) e fora que pode ocorrer uma intercorrência, uma parada e você tá aqui do outro lado e aí? Vai morrer! (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

A falta de pessoal é percebida como fator agravante que além de sobrecarregar outros funcionários ocasiona licenças por adoecimento, compromete a



qualidade das atividades desenvolvidas e ainda contribui para a sensação de desvalorização no trabalho.

*Tem gente de licença principalmente o auxiliar. Tem gente trabalhando para o setor e sendo sobrecarregado. Aí dá problema: coluna, artrite, e aí falta e aí sobrecarrega o outro. Trabalha semanalmente mais do que deveria. Não conseguem tirar a folga. Já houve casos de gente vir trabalhar durante as férias! (Médico Paul)*

*Quando tem pouco pessoal, faz o essencial, a medicação. Aí a gente se sente muito desvalorizado (...)* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

Neste sentido, as licenças têm um duplo papel: resulta do problema e é fonte de novos problemas na medida em que ocasiona a falta de pessoal e sobrecarga de outro servidor.

A baixa qualidade dos materiais e/ou equipamentos também dificulta o desenvolvimento da atividade de forma mais adequada. Há necessidade de se redobrar a atenção, ocasionando a demora no atendimento de um determinado paciente, atrasando o atendimento dos demais e ainda causando o retrabalho.

*Camas ruins, falta manutenção de equipamentos, a baixa qualidade do material, adesivos que não grudam aí toda hora tem que tá indo grudar no paciente, perde tempo, retrabalho. O trabalho aumenta porque além de ter a atenção para o paciente você tem que desviar a atenção para estas coisas. São pequenos detalhes que facilitam ou dificultam a execução do trabalho e também tem reflexo para os pacientes. Às vezes pode até colocar em risco a vida um paciente, por exemplo, o adesivo que não faz leitura (eletrodo).* (Técnica de Enfermagem Vickie)

Os indicadores críticos apontados com relação aos instrumentos de trabalho trazem implicações negativas no desempenho da atividade, como por exemplo, a não realização de determinados procedimentos o que pode ser visto como elemento comprometedor tanto para o servidor, quanto para o paciente.

## **Suporte Organizacional**

O suporte organizacional é imprescindível para o desenvolvimento da atividade, são as informações, suprimentos e tecnologias oferecidas ao contexto de serviço (Ferreira e Mendes, 2003). Nesta categoria, evidencia-se a falta de tecnologia que compromete o desenvolvimento principalmente da atividade do médico.

*(...) tem problema de faltar material, mas o mais grave mesmo é equipamento. Faltar ultra-som, tomografia de acesso fácil é o que mais atrapalha no trabalho (...) isto é ruim, muita vezes você tem o óbito e não sabe o que põem no prontuário, não foi identificado. Algumas vezes por causa da gravidade e outras*

*porque você não tem equipamento, instrumento pra fazer o diagnóstico.* (Médico Paul)

A falta de condições do hospital para dar suporte à UTI, não se refere somente aos exames laboratoriais, mas também com relação a outros equipamentos tais como ultra-som e tomografia. Há exames que são desenvolvidos dentro do próprio hospital, no entanto, freqüentemente há falta de material e/ou equipamentos para a realização dos mesmos, ou ainda equipamentos com defeito ou em manutenção, como ocorre com os aparelhos de radiologia. Outro fator é a demanda, tanto o laboratório como a radiologia atendem a todo o hospital e assim, ocorre demora no atendimento à chamada da UTI.

Estes fatores podem ser vistos como agravantes na execução das atividades, pois o médico não pode concluir seu diagnóstico e assim não pode dar continuidade ao tratamento de maneira mais precisa. Isto ocasiona demora no diagnóstico do estado do paciente, demora no atendimento ao paciente e comprometimento dos resultados do trabalho da equipe da UTI, como podemos perceber nas verbalizações abaixo:

*(...) quando se tem um óbito que você sabe que poderia ter feito alguma coisa, mas que por condições de trabalho você não pode fazer nada (...)* (Médico Peter)

*Paciente com edema agudo pulmão, 41 anos, sem história e a paciente ficou três a quatro dias e não conseguimos fazer o diagnóstico, pois não tínhamos equipamento (...)* (Médico Paul)

Apesar de toda esta avaliação negativa quando os entrevistados compararam a UTI ao restante do hospital, esta se torna um local privilegiado, no qual faltam menos materiais e instrumentos do que no restante do hospital:

*A UTI hoje é vista como um lugar de excelência, tudo certinho, fechadinho, muito bem montada (...)* (Médico Peter)

*Comparando ao restante do hospital é ótima, comparando ao ideal é razoável, falta muito material. Aí quando falta ou empresta, ou improvisa e se não for possível...* (Enfermeira Jane)

A análise desta categoria revela a precariedade das condições de trabalho oferecidas pela instituição. Sinaliza que nem sempre as condições de trabalho são consideradas adequadas e que isto gera conseqüências tanto para o servidor (adoecimentos) como para a qualidade do atendimento prestado para o paciente.

### **Estratégias de mediação face ao contexto de serviço: criando condições mais adequadas de trabalho.**

Os servidores da UTI são desafiados a exercerem sua atividade em um cenário que, face aos resultados apresentados, é muito diferente de um cenário ideal.

Diante de tal desafio e na busca de maior bem-estar, desenvolvem “estratégias de mediação”, que podem ser tanto individual como coletivas. Assim, os servidores procuram de várias formas suprir a precariedade do contexto. Na falta de material, instrumentos, medicações ou pessoal primeiramente utilizam-se os “canais normais” que é o meio burocrático, também é uma forma dos servidores se resguardarem de responsabilidades, pois caso venha a acontecer algo grave com o paciente, por falta de algum medicamento ou outro material a equipe é preservada. Uma lista constando os materiais em falta também é uma forma para lidar com os indicadores críticos, tanto de condições de trabalho como com a falta de organização do trabalho.

*Você tem os canais normais: ‘olha acabou!’ E você comunica o chefe de equipe e aí no final do plantão você contacta a farmácia. Você escreve no livro aí aparece, o lasix a luva... É uma coisa que se passa pra frente, comunica o chefe de equipe e a farmácia. Está escrito no livro foi solicitado. A gente tinha uma listinha todo dia de manhã passava para o chefe de equipe. (Médico Peter)*

*Corre atrás das coisas. Tá faltando funcionários? Corre atrás. Vai atrás da diretoria. Algum jeito tem que dar. Fico chateado quando não consigo resolver. (Médico Paul)*

Outra estratégia adotada, com relação à falta de material é a antecipação dos problemas e também, a utilização de métodos de trabalho “mais antiquados”. Jack ao falar dessa antecipação, diz que há duas situações: a real e a ideal; e que dentro da situação ideal, nenhuma UTI ficaria aberta no Distrito Federal. No entanto, na situação real...

*(...) é aquela uma que você antecipa tudo isso e você já procura fazer, tirar o máximo dessas condições (...) às vezes a gente tem que tomar umas medidas um pouco arcaicas, mas que funcionam e tem bom resultado. (Médico Jack)*

A antecipação dos problemas, também é uma estratégia para lidar com as dificuldades de organização do trabalho, dentro do aspecto de supervisão e da falta de uma padronização de condutas.

Se as estratégias citadas acima não surtem efeito, o material é procurado em outros setores do hospital, caso seja encontrado é emprestado. Se ainda assim, não o conseguirem, caso seja possível é improvisado.

*(...) aí a gente pede emprestado do outro, improvisando, sendo o “Mcguiver”. Não é o ideal, ajuda a monitorizar melhor o paciente e pode salvar uma vida. (Médico David)*

Esta estratégia, em muitos casos resolve o problema, no entanto, contribui para elevar o custo cognitivo do trabalho, gerando maior desgaste.

*(...) falta material aí a gente tem que improvisar, conversar ir atrás isso estressa muito. (Enfermeira Jane)*

Estes resultados corroboram os dados obtidos por Júnior e Ésther (2001) que na falta de material, obter o que se precisa depende da disposição em “correr atrás” e de certa dose de “criatividade” para economizar itens não disponíveis na quantidade suficiente, além de adaptarem materiais mais caros para uso em determinados procedimentos.

Em muitos casos, as estratégias adotadas obtêm sucesso, restabelem o bem-estar no trabalho, transformam o ambiente de trabalho e ainda propiciam maior bem-estar tanto para o servidor quanto para o paciente.

*Tem dia que muito gratificante. Você vai pra casa muito bem, muito bem mesmo, pois você ajudou uma pessoa, você até às vezes salvou esta pessoa (...)* (Médico David)

Quando as estratégias desenvolvidas pela equipe surtem efeitos positivos, isto é sentido pelos servidores como uma vitória. Saber que mesmo em condições precárias, eles conseguem desenvolver muitas formas de lidar com as situações e até mesmo “salvar vidas”. Ao mesmo tempo, isto provoca a reflexão nos servidores de como seria melhor, caso houvesse melhores condições de trabalho.

*Conseguimos isso sem material! Imagine se tivesse então? Poderíamos ajudar mais pessoas, até salvar mais né?* (Técnica de Enfermagem Cloe - observação)

A maioria das vivências de mal-estar diagnosticadas refere-se aos resultados do trabalho. Como já relatamos o perfil do paciente da UTI deste hospital não oferece muita margem ao recebimento de altas. Um agravante é a precariedade das condições de trabalho e do suporte organizacional que incidem diretamente nos resultados da equipe. E assim, mesmo buscando de todas as formas preservar a vida, e, caso isso não seja possível...

*(...) você sai arrasado! Arrasado, quando você poderia fazer muito mais pelo paciente e por condições até técnicas... Muito arrasado quando você não consegue fazer pelo paciente quando a condição técnica não é nossa. Porque quando é nossa a gente procura uma maneira de superar, agora quando tem capacidade técnica e não consegue usar, aí eu fico mais arrasado.* (Médico David)

*Na verdade o que mais acaba me frustrando é de você não conseguir é... fazer aqui o que você gostaria com o paciente dentro do tempo hábil daquilo que tivesse benefício, que a gente esperaria que tivesse. (...) isto é ruim, muitas vezes você tem o óbito e não sabe o que põe no prontuário, não foi identificado. Algumas vezes por causa da gravidade e outras porque você não tem equipamento instrumento pra fazer o diagnóstico.* (Médico Paul)

A precariedade de condições de trabalho e conseqüentes resultados negativos implicam na sensação de impotência, evidencia a fragilidade da rede pública e confronta o profissional com sua própria fragilidade.

*O que incomoda a gente, hoje o mais difícil, se tem um óbito que você sabe que poderia ter feito alguma coisa, mas que por condições de trabalho você não pode fazer nada, aí você fica chateado (...) A gente sofre quando, ou não fez o trabalho direito ou fez menos do que poderia ser feito... Isso! (Médico Peter)*

*Perder pacientes viáveis por falta de material ou equipamento. Isto é muito complicado. Se sente mal, impotente. Tento entender a situação, mas é difícil. (Médico Jack)*

Apesar desta consciência, a sensação de dever cumprido prevalece para amenizar o confronto com a falta de condições de trabalho, falta de material ou recursos diagnósticos, ou ainda falta de conhecimento, habilidades para a execução de procedimentos.

*Aí fica a sensação de dever cumprido, apesar do êxito ruim, mas o... O trabalho humano foi, feito. O trabalho técnico foi feito. Então, a gente fica mais resistente a sofrer por isso, sofrer... A gente sofre quando, ou não fez o trabalho direito ou fez menos do que poderia ser feito... Isso! (Médico Peter)*

A análise da dimensão condições de trabalho, revela a precariedade das condições de trabalho oferecidas pela instituição. As condições de trabalho têm implicações diretas sobre o desenvolvimento da atividade da equipe da UTI e conseqüentemente nos resultados do trabalho. Assim, muitas estratégias são adotadas com finalidade de “driblar” as conseqüências nefastas da falta de material, muitas obtêm sucesso e assim a vivência de bem-estar. Entretanto, quando as estratégias já foram colocadas em ação e não surtiu efeito, então se instalam as vivências de mal-estar. Em razão do perfil do paciente da UTI deste hospital, os sucessos de tais estratégias são escassos impactando negativamente no custo humano no trabalho e prevalecendo as vivências de mal-estar.

### **3.5.2. Organização do Trabalho**

Enquanto a dimensão “condição de trabalho” (categoria temática 1) é composta por elementos estruturais a dimensão “organização do trabalho” (categoria temática 2) é constituída por elementos prescritos, formais ou informais e que de uma forma ou de outra regulam o funcionamento do contexto de serviço. Temos como categorias constituintes desta dimensão a divisão do trabalho, a produtividade, regras formais, tempo, ritmos, controles e características das tarefas (Ferreira e Mendes, 2003).

## Categoria Temática 2 – Organização do Trabalho

**Descrição:** percepção dos servidores quanto à organização do trabalho (divisão do trabalho, produtividade, regras formais, tempo, ritmos, controles e características das tarefas)

Elementos	Exemplos de Verbalizações
Divisão do trabalho (hierárquica, técnica e social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>É bem delimitado. Cada um tem sua função e resolve o que lhe compete (...)</i> (Médico Peter)</li> <li>• <i>Às vezes os papéis são meio confusos, a maioria dos enfermeiros não assumem o trabalho de enfermeiro (...)</i> (Técnica de Enfermagem Cloe)</li> </ul>
Produtividade esperada (metas qualidade e quantidade)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) o que a gente espera é o que o paciente saia daqui bem melhor (...)</i> (Médico Paul)</li> </ul>
Regras formais (missão, normas, dispositivos jurídicos e procedimentos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) não há uma padronização de condutas, até mesmo porque as pessoas têm formações diferentes... Sinto falta de um padrão nosso. (...)</i> (Médico Jack)</li> <li>• <i>Não sobra muito tempo para organizar, então a gente vai apagando incêndio, quero fazer, mas não dá. Provoca um desgaste mental tremendo. Isto provoca pressão em todos da equipe.</i> (Enfermeira Mary)</li> <li>• <i>(...) falta normatização, falta rotina (...)</i> (Técnica de Enfermagem Jenifer)</li> </ul>
Tempo (duração das jornadas, pausas e turnos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) demora até alguém ter uma conduta, às vezes não foi abordado corretamente até por limitação do setor e aí perde-se muito tempo e o tempo é importante(...)</i> (Médico Paul)</li> </ul>
Controles (supervisão, fiscalização e disciplina)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) tem muito resistência dos funcionários quanto à implementação de novas normas. Aí a coisa vai ficando (...)</i> (Enfermeira Mandy)</li> <li>• <i>Falta supervisão, fiscalização: ‘você tem que fazer isso se você não fizer várias pessoas vão ser prejudicadas’. Outra pessoa deixa de prestar um cuidado ao paciente (...)</i> (Técnica de Enfermagem Jenifer)</li> </ul>

**Tabela 9**

### Divisão do Trabalho

O trabalho é cartesianamente dividido. Esta divisão de trabalho se iniciou juntamente com a formação das práticas em saúde, os médicos (físicos como eram chamados) eram responsáveis pelo desenvolvimento e pesquisa de novas práticas, enquanto que as outras categorias eram executoras das atividades (Ribeiro, 1993). Assim, atualmente nos serviços de saúde, a divisão ocorre por meio do tipo de atividade que cada um exerce, com uma hierarquia bem delimitada:

*O papel mais importante é do médico: estabilizar o paciente. A enfermeira é colaborar neste processo e do auxiliar... É uma coisa tão em conjunto... O médico prescreve, a enfermeira coordena. O auxiliar faz a medicação e cuida do paciente (...)* (Enfermeira Mary)

*O papel deles é tão importante quanto o nosso, são funções diferentes, mas não funcionaria se faltasse. É o funcionamento básico, cada um tem sua função bem delimitada.* (Médico Paul)

Na percepção do médico e da enfermeira, a divisão do trabalho está bem clara e delimitada, mas para o técnico de enfermagem isto não fica bem claro, como podemos perceber nas verbalizações abaixo. Podemos supor que isso aconteça em razão de sentimento de falta de uma supervisão mais atuante como veremos a seguir.

*Às vezes os papéis são meio confusos, a maioria dos enfermeiros não assumem o trabalho de enfermeiro (...) e isso acaba afetando a gente porque você vê que ele não cobra e aí quem perde é o paciente e poxa!* (Técnica de Enfermagem Cloe)

*Agora a organização aqui é péssima, eu não vejo que tem uma chefia (...)* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

Esta falta de percepção de divisão do trabalho por parte dos técnicos de enfermagem pode ter origem em dois fatos:

- ✓ Falta de capacitação adequada no gerenciamento das atividades;
- ✓ Como estratégia de mediação para não entrar em contato com o paciente.

Conforme Shimizu e Ciampone (2004) a própria divisão do trabalho nas UTIs permite às enfermeiras se desviarem do trabalho estressante com o doente internado, delegando essa tarefa aos trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Conforme observações, muitas das atividades de cada categoria profissional são executadas individualmente. O técnico tem sua rotina, assim como o enfermeiro e o médico. No entanto, há momentos em que o trabalho é desenvolvido em conjunto, nos momentos de emergência (intercorrência), como uma parada cardíaca, por exemplo. Nestes momentos, há a necessidade de uma integração maior dos servidores, o que, conforme verbalizações e observações, nem sempre ocorre de modo satisfatório.

*A integração não é muito boa não (...)* (Enfermeira Mary)

Esta integração é afetada tanto pela parte técnica, quanto pessoal. Técnica quando o profissional não tem muita experiência ou habilidade e pessoal, por problemas de relacionamento entre os profissionais. Nozawa *et al* (2002) ressalta a necessidade de uma boa integração na equipe de UTI, pois esta integração é que permite o melhor desempenho nos procedimentos. Assim, tanto no desenvolvimento da atividade individual como no coletivo o objetivo é o mesmo, e os integrantes da equipe têm que ter isso claro.

*(...) todos tem o mesmo objetivo recuperar o paciente, mas tem funções diferentes. A finalidade de todos é a mesma intenção de recuperar, tentar prolongar a vida deste paciente. Um depende do outro totalmente (...)* (Enfermeira Mary)

Segundo Martin e Gadbois (2005) está é a maior característica do trabalho nos serviços de ajuda estruturado por uma divisão institucional do trabalho entre categorias profissionais, que se completa de especificações locais. Cada um, segundo sua função, executa tarefas que lhe são próprias, mas concorrem na perseguição dos fins comuns. Essas tarefas individuais, ainda segundo os autores, implicam o emprego de muitos tipos de elementos, os quais a disponibilidade é dependente de atividade de outros atores:

- a. Informação necessária à execução da tarefa, porém fazendo falta se detida por um outro agente;
- b. Material ou lugar de intervenções comuns. Só podem ser utilizados de acordo com uma escala estabelecida;
- c. Colega do qual a ajuda física é necessária para uma tarefa que não pode ser realizada por uma única pessoa;
- d. Paciente que pode estar momentaneamente ocupado ou mobilizado por um outro agente para um outro fim.

Os próprios servidores têm a percepção destes elementos nas atividades:

*Um depende do outro totalmente (...)* (Enfermeira Mary)

Estas dependências interindividuais intervêm no cruzamento dos cursos de ação próprios a cada um dos membros da equipe. Estes cursos de ação podem não estar sempre em sincronia, pois cada um desenvolve seu trabalho segundo uma lógica temporal e uma dinâmica que lhe é próprio, determinado por considerações médicas e organizacionais (Martin & Gadbois, 2005). O trabalho estabelecido dentro da UTI é contínuo. As tarefas dentro da UTI não param, são 24 horas. E quando sai um paciente, quer seja por alta ou óbito, logo entra outro no lugar e a atividade recomeça.

*Aí quando sai um já entra outro e recomeça tudo de novo (...)*

(Médico Paul)

Para dar continuidade ao processo de tratamento, além de haver a interdependência das tarefas dentro do próprio setor, há ainda a dependência de outros setores do hospital, como o laboratório, radiologia. Um estudo realizado por Pitta (1990) buscou estabelecer nexos causais entre a organização e a divisão do trabalho nos hospitais e o sofrimento psíquico dos trabalhadores, segundo a autora a própria natureza, organização do trabalho, divisão das tarefas é que causam sofrimento psíquico evidenciado por sintomas, sinais orgânicos e psíquicos. Menzies (sd, apud Júnior e Ésther, 2001) em um estudo realizado na Inglaterra corrobora os



resultados de Pitta, confirmam que a organização parcelada do trabalho de enfermagem e a desqualificação, esvazia os seus significados, afeta negativamente a vida psíquica dos trabalhadores e propiciam um sistema socialmente estruturado em defesas psicológicas.

Desta forma, no contexto de serviço em estudo, a divisão do trabalho é regulada por elementos que, muitas vezes, foge do controle dos servidores. A divisão do trabalho é múltipla, temos o caráter individual que é bem delimitado, cada um com suas rotinas e o caráter coletivo de trabalho quando em momento de emergência, e ainda, a continuidade e a interdependência das tarefas dentro e fora da UTI. Muitas vezes, a própria organização do trabalho, tecnicista acaba tornando-se um refúgio para os servidores, os quais se dedicam inteiramente à parte técnica esquecendo-se dos sentimentos do paciente, da família e até mesmo de seus próprios sentimentos. A própria forma de organização do trabalho causa impacto negativo no custo humano no trabalho e, portanto, vivências de mal-estar.

### **Produtividade esperada – Os resultados da atividade.**

As ações dos profissionais que atuam na UTI sempre estão direcionadas para a verdadeira meta do trabalho de terapia intensiva, que é “*reduzir a morbidade e mortalidade, sempre que possível*” (Nozawa, *et al.*, 2001, p.7). Em outras palavras podemos dizer que o objetivo da UTI é o bem-estar do paciente, a restauração do quadro de saúde, de “*estabilização clínica e a recuperação de um estado mórbido*” (Médico David). No entanto, a análise das entrevistas demonstra que há dissonâncias entre a finalidade da UTI e aquilo que é realmente conseguido em termos de resultados. Veremos a seguir, alguns aspectos que interferem nesta dissonância.

### **Incongruência entre o Trabalho Prescrito e o Trabalho Real: a morte não está no prescrito!**

Todos os entrevistados colocaram este mesmo objetivo. Entretanto, dados de observação e de entrevistas, nos permitem afirmar que na época em que realizou-se a coleta de dados na instituição, o nível de morbidade era de mais ou menos 60%, ou seja, mais que a maioria dos pacientes que entravam na UTI iam a óbito.

*A nossa rotina é óbito né? Alta! Quando tem é exceção.* (Médico Peter)

Este fato nos faz repensar sobre os objetivos da UTI. Qual é o resultado esperado do atendimento na UTI?

*Do ponto de vista técnico é o lugar onde as pessoas vem pra é... Passar um período crítico de risco iminente de morte. E você tem a função de tirar o paciente do risco em 48, 72 horas e devolver pra enfermaria. (Médico Peter)*

*A finalidade é de recuperar, restabelecer e tentar salvar esta vida. (Enfermeira Mary)*

*(...) cuidar e fazer com que a pessoa vá bem, saia bem de saúde. (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

*(...) a finalidade é curar, é tirar mesmo o paciente, melhorar o paciente, estabilizar o paciente (...) (Técnica de Enfermagem Donna)*

Alguns aspectos sociais, culturais e institucionais podem nos ajudar a compreender o perfil do paciente do hospital e, conseqüentemente, o perfil do paciente da UTI. Segundo entrevistas, a demanda reprimida é uma característica da Secretaria de Saúde (SES). Ocorre que, quando o paciente entra no hospital há demora no atendimento, muitas vezes os procedimentos ou o diagnóstico não foram feitos de forma adequada, isso agrava o quadro de saúde do paciente. Outro fator é a consciência, por parte dos médicos do hospital que indicam os pacientes para UTI. Segundo o manual de Terapia Intensiva do Hospital, a UTI é para quem possa se beneficiar dela, ou seja, para quem possa ter perspectiva de vida. A maioria das indicações é de pacientes com alto grau de morbidade, pacientes terminais e já com idade muito avançada.

*(...) vem os pacientes que tem risco muito grande de morte, mas são terminais. Vem com uma chance de óbito de 99%. É uma característica do paciente do SUS. Extremamente grave, geralmente idoso, com várias patologias, às vezes por uma indicação é... Mal feita talvez, não generalizando (...) (Médico Peter)*

*(...) um critério básico é se este paciente vai se beneficiar da terapia intensiva. Se o meu tratamento vai recuperar este paciente. Cinquenta por cento das indicações para UTI, não tem indicação, porque infelizmente, muitas patologias e com estado mórbido tão intenso que não tem recuperação. (Médico David)*

Há critérios de admissão dentro da UTI, entretanto, como a demanda é muito maior de pessoas com alto grau de morbidade acabam sendo a maior parte dos pacientes de UTI.

*Primeiro os pacientes mais jovens, doenças agudas infecciosas, trauma, aqueles estados em que a pessoa estava bem e de repente ela fica doente. Causa aguda, continuidade de tratamento como assistência pós-operatórios. (Médico David)*

Desta forma, há muitos fatores envolvidos na indicação de um paciente para a UTI. No entanto, não nos propomos a discutir sobre eles, nosso intuito é somente mencionar que há fatores extra UTI interferindo nos resultados do trabalho desta equipe, como por exemplo, a consciência do médico para indicar um paciente

para UTI, muitos desconhecem a sua real finalidade. Este fato eleva a incidência de pacientes graves, crônicos e com poucas perspectivas de reabilitação. Na área de saúde isto é considerado um agente estressor e predispõe o profissional ao desenvolvimento da *síndrome de burnout* (Benevides-Pereira, 2002). Assim, a incongruência entre o que é esperado e o que é conseguido como resultado de trabalho, associado a agentes estressores no ambiente de trabalho vulnerabiliza o servidor, contribuindo para a maximização dos efeitos negativos do custo humano no trabalho, para a instalação de vivências de mal-estar e conseqüentemente, adoecimentos no trabalho.

**Estratégias de Mediação adotadas diante à incongruência entre o prescrito e o real: “Então muda-se o resultado esperado.” (Médico Bruno)**

A missão da UTI perde-se no meio às atribulações do hospital. Há o médico residente desesperado por uma vaga de UTI, para melhor poder atender seu paciente. Há uma família desesperada, por não saber o que fazer com o familiar muito doente e querendo tentar todas as possibilidades. Há ainda, a pressão política de alguns cargos solicitando vagas. Mesmo que haja critérios para admissão na UTI, muitas vezes, não há como segui-los por uma série de pressões. Assim, o médico vê-se em contradição com as finalidades, com os objetivos da UTI e recebe o paciente. É uma questão muito delicada e recai toda a responsabilidade sobre o médico, ele é o responsável por admitir um novo paciente.

*(...) quando um colega médico solicita vaga na UTI, se você for lá e contra-indicar cria uma tragédia! Eu minha conduta pessoal, particularmente, não é contra-indicar. Não é o médico da UTI que vai chamar, o médico da UTI tem alguns critérios, a maioria, dos pacientes que estão aqui não são de UTI (...) mas o colega solicita UT. É uma questão técnica, é difícil você dar alta a um paciente grave, as chances de óbito são grandes. São extremamente graves, geralmente idosos, com várias patologias, às vezes por uma indicação é... Mal feita talvez, não generalizando. Paciente que tem múltiplas metástases, 90 anos, está em coma, passa 80 dias e morre. (Médico Peter)*

Na dificuldade para resolver a situação, os médicos transformam o objetivo da UTI, passa de salvar vidas para um óbito mais tranqüilo.

*(...) em outros casos esta melhora já é definida como impossível. Então muda-se o produto, o resultado e ao invés de uma melhora clínica, um óbito mais tranqüilo. (Médico Paul)*

*A UTI é o local onde o paciente grave está internado. Teoricamente depois de ter sido avaliado e vem pra cá pra tentar uma última tentativa de estabilização do quadro, onde o suporte avançado pode ser uma forma mais fácil e a atenção seja dada maior. Na prática também tem os pacientes terminais né? Onde possa ter um conforto mais adequado. (Médico Jack)*

Esta situação atinge não só a atividade do médico, mas de toda a equipe da UTI, a qual também espera ter resultados positivos, ter seu objetivo atingido que é salvar vidas. Apenas uma enfermeira verbalizou a possibilidade de não ter um bom resultado.

*Ter bom resultado é esperado e não ter também é esperado.  
(Enfermeira Mandy)*

*A maioria da equipe de enfermagem entende a situação, mas não aceita. A finalidade passa a ser tentar prolongar a vida. Morte com conforto me irrita. (Enfermeira Mary)*

*(...) chegando aqui na UTI... E drogas, e drogas e a pessoa não tem mais vida! Fica apodrecendo na verdade, a pele abre, drena, é um caso assim que jamais... (Técnica de Enfermagem Cloe)*

Talvez, pelo fato de os médicos não terem um contato tão direto com o paciente, como o enfermeiro e os técnicos de enfermagem, fique mais fácil transformar o objetivo do trabalho. A proximidade do relacionamento com o paciente, o envolvimento dificulta a aceitação, tanto por parte dos enfermeiros, quanto por parte dos técnicos de enfermagem. Esta não aceitação, somado à falta de uma estratégia mais adequada para lidar com a situação, resulta em vivências de mal estar.

### **Regras formais (normas, dispositivos jurídicos e procedimentos)**

Quanto às regras formais na atividade do médico, há a percepção dos próprios, de que falta uma padronização, no entanto a complexidade da atividade, a própria característica do local de trabalho, as diferentes culturas e formações, dificultam a realização de um protocolo de procedimentos.

*Ocorrem divergências de opiniões dos médicos, formações diferentes, difícil padronizar, mudar a conduta do colega a não ser por uma coisa maior que vem de cima. Infelizmente você não consegue criar os protocolos. Você não consegue fazer um livro de recomendação porque você vai o que? O ideal hoje é você fazer o que? Aí você não consegue fazer um estudo de evidência, e aí não dá pra padronizar. A pesquisa é difícil nesse meio. A própria natureza do trabalho dificulta muitos procedimentos. Na prática não dá pra saber. Em UTI jamais!  
(Médico Paul)*

A análise documental revela que, quanto ao ciclo típico de trabalho do técnico de enfermagem e do enfermeiro há um manual de procedimentos. Este manual é atualizado uma vez por ano. Nele constam todos os procedimentos considerados de rotina, outros procedimentos de urgência ou emergência não constam. A tabela com a rotina diária do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem consta no anexo 5. Os técnicos, além de terem que executar suas rotinas (que somam 09), a cada duas horas realizam os procedimentos básicos.

O enfermeiro é o encarregado de coordenar o trabalho dos técnicos. Alguns técnicos têm a percepção de que esta atuação não é eficaz. Já o enfermeiro tem a percepção da necessidade de organizar os ciclos de trabalho e das conseqüências que isso traz, não só para ele, mas para toda a equipe. A atividade é direcionada a questões mais emergenciais, provocando desgaste talvez desnecessário.

Na UTI, muitas vezes, as regras e normas ficam em segundo plano, acabam dando lugar às questões mais emergenciais, principalmente na atividade do enfermeiro. Este fato traz conseqüências pra toda a equipe, principalmente conflitos com os servidores e médicos diante do não cumprimento de algumas normas. A falta de organização no trabalho interfere nas condições de trabalho, na medida em que o não cumprimento de normas pode acarretar na não solicitação de material e nos relacionamentos socioprofissionais, elevando assim, o impacto negativo do custo humano no trabalho e proporcionando a incidência de vivências de mal-estar.

### **Tempo (duração das jornadas, pausas, turnos e ritmos)**

Segundo Ferreira e Mendes (2003) tempo e ritmos são elementos diferentes dentro da dimensão da organização do trabalho. Entretanto, para este estudo agrupamos estes resultados por se tratar de assuntos muito próximos. Assim, apresentaremos primeiramente, os resultados da análise documental com relação às jornadas de trabalho, pausas e turnos para em seguida, discutir a questão do “tempo” como uma característica do ciclo típico de trabalho dos servidores da UTI. Juntamente com a discussão sobre o tempo serão inseridos alguns dados sobre o ritmo de trabalho.

### **Jornada de Trabalho, pausas e turnos.**

A jornada de trabalho semanal é variável para todas as categorias profissionais. Há jornadas de 40 horas, 36 horas, 24 horas e 12 horas. Os enfermeiros, todos tem jornada de 40 horas, os técnicos de enfermagem e os médicos são variáveis, entretanto, todos os técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa na entrevista têm 24 horas semanais. Chamamos atenção aqui, para o fato de que esta jornada de trabalho é para a UTI. Segundo compilação de dados das entrevistas e também do ITRA no questionário complementar, percebemos que a maioria dos profissionais da UTI tem dupla, ou tripla jornada de trabalho. Conforme podemos visualizar na tabela10, há um médico que chega a ter 100 horas semanais de trabalho,

com 4 empregos e três médicos possuem 3 empregos, dois deles com carga horária total de 64 horas e um médico com carga horária de 50 horas semanal.

### **Carga horária semanal de todos os empregos – Médicos**

Médicos	Carga horária (UTI)	Outros empregos	Carga horária de outros empregos	Carga horária Semanal (todos os empregos)
Peter	18	2	32	50
Bruno	40	2	24	64
Jack	36	2	24	64
David	40	3	30 - 30	100

**Tabela 10**

Com relação às enfermeiras, somente uma não tem outro emprego, duas com 64 horas semanais e uma com 80 horas semanais. O que pode estar contribuindo para a percepção da falta de atuação das enfermeiras dentro da UTI, o desgaste em função de outros empregos pode estar comprometendo a atuação destes profissionais na UTI.

### **Carga Horária Semanal de todos os empregos – Enfermeira**

Enfermeiras	Carga horária (UTI)	Outros empregos	Carga horária de outros empregos	Carga horária Semanal (todos os empregos)
Mandy	40	-	-	40
Jane	40	1	24	64
Mary	40	1	24	64
Susan	40	1	40	80

**Tabela 11**

Dentre os entrevistados, dois técnicos de enfermagem têm outros empregos perfazendo um total de 64 horas semanais. No entanto, no quadro de pessoal, dentre os 30 (trinta) técnicos de enfermagem, 20 (vinte) deles têm outra atividade profissional, correspondendo a mais de 65% dos profissionais.

## Carga Horária Semanal de todos os empregos – Técnico de Enfermagem

Técnico de enfermagem	Carga horária (UTI)	Outros empregos	Carga horária de outros empregos	Carga horária Semanal (todos os empregos)
Phoebe	24	-	-	24
Cloe	24	1	40	64
Lisa	24	-	-	24
Donna	24	1	40	64
Jenifer	24	-	-	24
Vickie	24	-	-	24

**Tabela 12**

Os turnos são ininterruptos. Por este caráter de continuidade, os turnos são divididos em três matutino, vespertino e noturno. Os horários estão especificados na tabela abaixo.

### Turnos de trabalho da UTI

Turno	Início	término
Matutino	7:00	13:00
Vespertino	13:00	19:00
Noturno	19:00	7:00

**Tabela 13**

Os técnicos de enfermagem se revezam para usufruir da pausa de 15 minutos. No período matutino é mais complicado para o servidor sair, em razão de haver alguns procedimentos de trabalho que em outros turnos não existem (por exemplo, o banho dos pacientes). Há ainda, a falta de pessoal que agrava a situação, pois as tarefas têm que ser realizadas dentro do tempo hábil. Com relação ao médico e ao enfermeiro, estes não podem se ausentar da UTI devido a serem os únicos profissionais do setor de plantão e ao fato de haver somente pacientes em estado crítico, podendo a qualquer momento ocorrer uma situação de urgência. Desta forma, a sobrecarga de trabalho gerada pela questão da falta de pessoal, tempo de execução das tarefas, e, sobretudo, pelo excesso de jornada de trabalho fora da UTI, tem impacto negativo no custo humano no trabalho. Quanto às conseqüências e a forma do servidor lidar com este custo discutiremos no tópico dedicado ao custo humano no trabalho.

## **O fator “tempo” na atividade da UTI: a sincronia dos relógios.**

O tempo é um elemento agravante para o impacto negativo do custo humano no trabalho na UTI. Além de se ter sempre a imprevisibilidade e o caráter emergencial, há ainda, a questão do paciente, é a evolução do seu quadro de saúde que determina quais e quando as atividades devem ser realizadas.

*O paciente é o ponto chave de tudo que está acontecendo na UTI (...) (Enfermeira Mary)*

Outro aspecto é interdependência das tarefas com relação aos profissionais. O relógio de cada um, além de se regular conforme seu próprio ritmo, também tem que se regular conforme o relógio dos outros profissionais, dos quais, a determinação de sua atividade depende.

A atividade dos servidores está submissa às condições temporais que têm duas fontes essenciais: em primeiro lugar o caráter dinâmico do próprio objeto do trabalho. A evolução da doença, os processos de cura e múltiplas incertezas comandam uma cronologia precisa dos atos a serem efetuados. Nesse sentido, o trabalho dos servidores pode depender do quadro de análise das atividades em tempo dividido, fundado sobre a gestão mental de uma série de ciclos paralelos. Em segundo lugar, é a estrutura de coletivos: cada um deve coordenar sua atividade com as dos outros membros da equipe. Deste ponto de vista, o hospital pode ser analisado como um sistema no qual os diferentes subsistemas estão regulados, cada qual sobre seu próprio relógio, mas devem também se encontrar em sincronia com os dos outros (Martin & Gadbois, 2005). Esta interdependência ocorre dentro do hospital como um todo e também dentro da UTI.

*Um depende do outro totalmente. (Enfermeira Mary)*

As tarefas ficam vinculadas. Todo o trabalho inicial depende da avaliação do médico, este prescreve o que deverá ser feito. A enfermeira coordena as atividades dos técnicos de enfermagem, repassando o que o médico prescreveu e os técnicos executam o que lhes foi passado.

Conforme Theureau (1981, apud Martin e Gadbois, 2005) o relógio dos médicos é um relógio mestre, pouco sensível à marcha dos diferentes relógios sob os quais deve se regular a atividade da enfermagem: relógio do laboratório, da radiologia, da cozinha, da administração, das famílias dos doentes. As dificuldades temporais decorrentes destes dois fatores têm uma série de conseqüências sobre o desenvolvimento da atividade dos técnicos: constante reprogramação das tarefas visando se ajustar às incertezas e freqüência das interrupções que perturbam o desenvolvimento do trabalho das equipes de ajuda (Gadbois, Bourgeois, Goeh-Akue-Gad, Guillaume e Urbain, 1992, apud Martin e Gadbois, 2005).



Um outro fator temporal, que também constitui um agravante é a pressão da urgência. A qualquer momento há a iminência de uma urgência, isto já gera uma determinada tensão. Os servidores confrontados com tal pressão temporal, adotam funcionamentos cognitivos particulares, podendo ser fonte de erros, mas a importância deste risco varia segundo a adequação das habilidades dos quais eles dispõem para avaliar os dados do problema a serem tratados, julgar qual a solução lhes parece a mais adequada, e colocar em ação (Martin e Gadbois, 2005). Em outras palavras, os ritmos são diferentes. Cada profissional tem seu ritmo e tem que se ajustar às atividades dos outros profissionais e ainda articular-se quando em trabalho em conjunto. Essas dificuldades podem comprometer os resultados da atividade com erros, esquecimentos e tensão nervosa.

Desta forma, o tempo contribui de forma direta para o impacto negativo no custo humano do trabalho. Segundo Martin e Gadbois (2005) reduzir os efeitos dos embarços temporais sobre tal custo exige uma intervenção sobre dois planos: de um lado, buscando uma sincronia dos relógios dos diferentes profissionais que atuam dentro da UTI e de outro, tratando das condições materiais de articulação entre as atividades de todos que atuam na UTI e no hospital. Acrescentamos ainda, um terceiro plano em que atue sobre as condições imateriais, invisíveis, mais subjetivas.

### **Controles (supervisão, fiscalização e disciplina)**

O enfermeiro é responsável, além das rotinas diárias do enfermeiro, pela coordenação das tarefas dos técnicos de enfermagem. Esta atividade, segundo os técnicos de enfermagem é frágil, evidenciando a falta de uma supervisão mais atuante.

*(...) Se o enfermeiro trabalhar os demais trabalham, senão...*  
(Técnica de Enfermagem Donna)

*(...) Teria que se mais atuante isso prejudica todo mundo aqui.*  
(Técnica de Enfermagem Lisa)

*(...) Agora a organização aqui é péssima, eu não vejo que tem uma chefia (...)* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

*(...) a maioria dos enfermeiros não assumem o trabalho de enfermeiro (...)tem gente que não tá nem aí e o enfermeiro peca porque não confere o serviço. Podia ter uma qualidade do serviço bem melhor e isso acaba afetando a gente porque você vê que ele não cobra e aí quem perde é o paciente e poxa! Ele podia ver isso! Se o enfermeiro trabalhar os demais trabalham senão...* (Técnica de Enfermagem Cloe)

Este fato pode ser explicado em parte, devido à carga horária semanal dos enfermeiros ser elevada em função de outros empregos, o que pode comprometer o desempenho quando no trabalho na UTI. Somente uma enfermeira não tem outro

trabalho. Outro fator, é que somente há alguns anos foram acrescentadas algumas disciplinas de gerência no currículo do curso de enfermagem (Teixeira-Costa, 1997), caracterizando a falta de formação necessária para uma atuação mais eficiente. Há ainda uma outra possibilidade, que o distanciamento do enfermeiro seja devido a uma estratégia do mesmo para se afastar de situações que geram angústias, ou seja, uma estratégia de mediação. Assim, a falta de experiência profissional na área, a falta de orientação adequada para o gerenciamento e talvez, a estratégia de mediação adotada pelo enfermeiro, dificultam o desempenho mais adequado da atividade do mesmo. Traz conseqüências não só para a equipe como também para o paciente. Tanto o excesso de controle quanto a falta dele pode gerar impacto negativo no custo humano no trabalho.

**Estratégias de Mediação adotadas ante a falta de controle na atividade a UTI: “Você quer correr e fazer o que o outro não fez”. (Técnica de Enfermagem Donna)**

As estratégias de mediação adotadas pelos técnicos de enfermagem para enfrentar a falta de uma supervisão mais atuante é realizar o trabalho que o outro colega deveria ter feito, pois há consciência por parte de alguns técnicos que as conseqüências são maiores para o paciente. Vários técnicos colocaram que percebendo que o colega não fez seu trabalho eles mesmos o fazem. Não reclamam e não passam pra chefia (enfermeira), pois acham que também não irá resolver e podendo ainda, causar problemas para si, como por exemplo, perseguições. Esta estratégia não resolve o problema de má gestão, gera ainda, sobrecarga e desgaste para os servidores, contribuindo para o impacto negativo no custo humano no trabalho.

*(...) O serviço é bem braçal mesmo. É um desgaste muito grande. A postura de alguns técnicos afeta o desenvolvimento do meu trabalho. Aí eu acho que o enfermeiro falha, porque ele não cobra e aí sobra pra gente, o grupo não é coeso, quando você vai ver as atitudes... (Técnica de Enfermagem Donna)*

*Por exemplo, uma colega chegou no meio do plantão e não fez nada. Fica pendurada no telefone. Os pacientes... Tudo grave! Aí trabalhei praticamente sozinha. Aí eu vou fazer o quê, essa pessoa não tem compromisso nem comigo nem com o paciente que tá aí deitado, que não fala nada, nem pisca! Vou falar pra chefia que é outra pessoa que tá ausente e ela só quer saber se tem tantos na escala e se tem tantos então... Deixa pra lá. (Técnica de Enfermagem Jenifer)*

Resumindo os resultados da análise desta categoria temática, a organização do trabalho dentro da UTI depende fundamentalmente do paciente. É a evolução do seu quadro de saúde que determina que ações devem ser tomadas e

quando. Como agravante, o fator temporal de urgência que, além de provocar tensão, exige dos servidores o desenvolvimento de sincronias de funcionamento cognitivo. A supervisão do enfermeiro é fundamental para o desenvolvimento de tais sincronias, é ele quem deveria ajustar as ações dos outros servidores, fazendo muitas vezes o papel de mediador e de integrador da equipe, no entanto, este papel não é desempenhado de forma eficiente.

### **3.5.3. Relacionamento Sócioprofissional**

Em um ambiente, no qual as condições de trabalho são precárias, a organização é deficitária e, ainda, a própria natureza do trabalho causa impacto negativo no custo humano no trabalho, como se configuram os relacionamentos socioprofissionais? Este tópico trata de esboçar como estes relacionamentos ocorrem dentro da UTI.

A categoria temática “relacionamento sócioprofissional é constituída pelos elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais de trabalho presentes no lócus de produção e que caracterizam sua dimensão social” (Ferreira e Mendes, 2003, p.42-43). São elementos integrantes desta dimensão: Interações hierárquicas, interações coletivas intra e intergrupos e interações externas. Para este estudo, focalizaremos as interações hierárquicas e as interações coletivas intragrupo. Acrescentaremos, ainda, mais um elemento a esta dimensão que é uma característica do trabalho em saúde: a interação pessoal entre o servidor e o paciente. Esta relação, segundo Martin e Gadbois (2005) pode ser acompanhada de situações psicologicamente difíceis de suportar e que, muitas vezes, demandam um esforço maior por parte do servidor, o qual será abordado mais adiante. Assim, serão tratados respectivamente: Interações hierárquicas, interações coletivas intragrupos e interação servidor/paciente.

Categoria Temática 3 – Relacionamento Sócioprofissional	
<b>Descrição:</b> percepção dos servidores quanto às interações socioprofissionais (Interações hierárquicas, interações coletivas intragrupo e interações servidor/paciente)	
Categorias	Exemplos de Verbalizações
Interações hierárquicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aqui é assim: a equipe trabalha bem quando todo mundo chega bem. Agora se um chega nervoso... A gente fica muito sensível. A peça chave é o médico e enfermeira. A hora que abre a porta ele já chega e sai metendo a boca! Aí você pode esperar que o plantão é complicado! (Enfermeira Mary)</li> </ul>
Interações coletivas intragrupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>(...) mas em termos gerais, o relacionamento é bom, de sete médicos dois tem problemas de relacionamento aqui, na equipe, no geral, fora brigas pontuais também... Não mortais! Mas no geral a gente se dá muito bem. (Médico Peter)</li> <li>Com relação ao pessoal é complicado ficar num lugar que tem tanta briga, cara feia, eu não gosto. (Técnica de Enfermagem Lisa)</li> </ul>
Interação servidor/paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com o passar do tempo a gente tem....endurecido sem perder a ternura eu acho (...) (Médico Peter)</li> </ul>

**Tabela 14**

### Interações Hierárquicas

As interações hierárquicas englobam a comunicação e a interação profissional com as chefias. Temos três percepções diferentes de como elas acontecem na UTI: a percepção do médico, dos enfermeiros e dos técnicos.

Hierarquicamente, o médico, não necessariamente, tem que ter um contato direto com o técnico. É o papel do enfermeiro repassar as prescrições aos mesmos. O contato direto com os técnicos pode revelar-se como um fator positivo na integração da equipe e em momentos emergenciais quando a interação é imprescindível para o sucesso do resultado.

*Eu tenho contato direto com o auxiliar, prescrevo. (Médico Paul)*

Conforme dados de observação, os médicos que demonstraram tal disponibilidade relatam ter um bom relacionamento com a equipe de enfermagem, como é o caso do Peter, Paul e Jack. A dificuldade de relacionamento com os colegas médicos e com a equipe pode ocasionar vivências de mal-estar, gerando conflitos muitas vezes desnecessários e comprometedores para a qualidade da UTI como um todo.

*No momento, eu quero sair, porque... Quando você observa que você não está conseguindo impor um certo trabalho, uma certa conduta e você tem outros exemplos que são positivos na unidade, acho que está na hora de pedir pra sair. Justamente*

*para não prejudicar o outro (...) o conhecimento que eu tenho é diferente do objetivo que alguém tá traçando, da finalidade desta UTI. O objetivo que eu tenho é diferente do da casa, aí fica difícil trabalhar. (Médico David)*

A dificuldade de integração de David causa algumas conseqüências: para ele, sentimento de mal-estar; e para a equipe, tensão. Esta dificuldade leva David ao ponto de querer sair do ambiente de trabalho. Um fator que pode estar contribuindo para esta situação é o fato de David ter quatro empregos, com carga horária semanal de mais de 100 horas. O cansaço e o desgaste podem estar afetando sua disponibilidade para o relacionamento. Peter (médico) supõe que as dificuldades de relacionamento são por problemas de personalidade e com pessoas específicas, nesse sentido pela observação participante somos levados a concordar com ele, pois a equipe define David como: “o mais estressado” (observação).

Prezar por um contexto de trabalho tranqüilo é uma boa estratégia para melhorar o ambiente da UTI em todos os sentidos, pois dificuldades de relacionamento comprometem: a qualidade do ambiente, na medida em que as pessoas ficam mais tensas; a qualidade do trabalho, pois ficam mais propensas a erros, esquecimentos; e ainda contribuem para o impacto negativo no custo humano no trabalho. Os próprios servidores têm esta percepção:

*(...) mas tem dois colegas que tem problemas, por personalidade. Afeta o desenvolvimento do trabalho, afeta... Do ponto de vista técnico se afetar é mínimo, agora do ponto de vista de ânimo da pessoa... De estar num ambiente tranqüilo entre as pessoas, isso realmente às vezes tem um plantão pior do que deveria ser. Muito ruim. Aliás, pela presença física da pessoa, por não se falarem ou de olharem (...) Ou vamos supor que o médico não fale com a enfermeira ou o auxiliar não fale com a enfermeira, que o curativo não vai ser feito ou que a traqueostomia não vai ser feita. (Médico Peter)*

Os médicos, exceto David, têm a percepção de uma boa interação na equipe, apesar de terem eventuais conflitos.

*Em relação à parte de enfermagem, às vezes médico e enfermeiro têm atrito a respeito de processo de trabalho. (Médico Peter)*

A percepção de que há competência técnica da equipe de enfermagem para o desempenho da atividade auxilia na comunicação e integração, estabelece certo nível de confiança, sendo um fator positivo para as interações socioprofissionais.

*A integração é boa, na hora que você precisa eles (os técnicos) têm a capacitação adequada pra isso. Em algum momento ou outro você tem alguns mais rápidos, mais hábeis, aí eu nomeio as pessoas. De uma maneira geral é muito bom, mas falta definir padrões e uma estratégia de padrão que integre esses padrões. (Médico Jack)*

A experiência adquirida no setor, ao mesmo tempo em que facilita o desenvolvimento do trabalho, também pode servir de motivo de confronto na hierarquia. Dependendo da personalidade das pessoas envolvidas, segundo a percepção dos médicos, pode produzir excesso de confiança com relação a alguns procedimentos e gerar conflitos ao tomar atitudes que não lhes compete.

*Às vezes as pessoas querem tomar algumas atitudes que não tem competência e capacidade para isso. Porque aqui dentro as pessoas vão aprendendo algumas coisas e aí acham que podem tomar determinadas atitudes. A partir do momento que você quer confrontar aí me ofende, eu vejo isso como uma questão grave. O maior problema é a pessoa entender o paciente como um todo. (Médico Jack)*

Para os enfermeiros, a integração deixa a desejar. Há a percepção de que o próprio ambiente de trabalho (tenso), somado às características individuais pode estar causando dificuldades no relacionamento e comprometendo o desempenho das atividades.

*A integração não é muito boa não. É o que estraga dentro da UTI é que os próprios colegas acham que são perfeitos e ficam procurando erros nos outros, não tem humildade, é o mais difícil. (Enfermeira Mary)*

*(...) o que prejudica nosso relacionamento é o próprio estresse do serviço. Tem pessoas aqui que já são naturalmente estressadas e aqui ficam mais. Isso acaba prejudicando. Às vezes a pessoa fica cansada do serviço e resolve não ajudar, não é o serviço é da pessoa. (Enfermeira Susan)*

O relacionamento sócio-profissional dos técnicos com os médicos, conforme pudemos perceber pelas observações e pelas entrevistas, é muito relativo. Depende muito de qual médico está no plantão e quais são os técnicos da escala. Como foi verbalizado pelo médico Peter: “há problemas com determinadas pessoas”. No entanto, com outras há um bom relacionamento como é o caso de Cloe e de Lisa. Ao que parece plantões noturnos tendem a ter melhores relacionamentos, como podemos perceber que tanto Cloe quanto Lisa fazem somente plantões noturnos. Entretanto, há ainda outro fator que diferencia estas duas profissionais, ambas tem curso superior, o que de certa forma poderia contribuir para o estabelecimento de outro nível de relacionamento com os médicos. O plantão noturno também pode ser mais “tranquilo” devido a alguns procedimentos não serem executados, o que aliviaria a sobrecarga dos servidores. (observação)

Na visão de alguns técnicos de enfermagem as interações hierárquicas são mais difíceis, há conflitos e alguns tratamentos por parte dos médicos são sentidos como desrespeitosos.

*(...) aqui é muito difícil de trabalhar porque, todo mundo tá querendo puxar o tapete de todo mundo, principalmente médico*

*e enfermeira. Nossa... Brigam direto! A meu ver eles não respeitam a gente. Eu acho assim, porque são médicos, tão por cima e podem fazer e acontecer, tem uns que tratam a gente que nem cachorro, metade né?* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

Chamamos a atenção para a excessiva carga horária de alguns servidores que interferem na disponibilidade afetiva para as interações, causando ainda, tensão e conflitos em um ambiente que necessita de tranqüilidade para o bom desenvolvimento das funções e recuperação do paciente. A sobrecarga de trabalho, principalmente no turno diurno, nos permite supor que geram ainda mais conflitos nas interações hierárquicas. Os conflitos funcionam como um círculo vicioso, geram ainda mais impacto negativo no custo humano no trabalho, ocasionando vivências de mal-estar.

### **Interações coletivas intragrupos**

Pela própria organização do trabalho dentro da UTI, as interações entre grupos da mesma categoria profissional ficam mais restritas, exceto o caso dos técnicos de enfermagem. Segundo Orlando (2002), a equipe médica de um UTI seria de um médico rotineiro e um plantonista, entretanto por condições da rede de Saúde Pública, apenas um médico atende por plantão. Como no caso dos médicos há somente um enfermeiro de plantão. Assim, no caso dos médicos e enfermeiros, os conflitos restringem-se às questões de padronizações de condutas, que interferem na continuidade do ciclo de tratamento e também, quanto à troca de plantão.

*(...) todo mundo trabalha fora, sempre tem atrito com relação à escala. Pessoal mais antigo quer privilégio e aí o pessoal mais novo fica... Em relação à hora extra. Normalmente não são coisas muito graves, brigas mais calorosas é quanto ao horário de chegada.* (Médico Paul)

*O relacionamento é bom, de sete médicos dois tem problemas de relacionamento aqui, na equipe. No geral, fora brigas pontuais também... Não mortais! Mas no geral a gente se dá muito bem.* (Médico Peter)

Já no caso dos técnicos, são no mínimo, quatro técnicos por plantão. É curioso, notar que os médicos têm uma percepção sobre os conflitos entre técnicos de enfermagem, que os mesmos não têm. Para os médicos, muitos conflitos advêm do ciclo de trabalho. No entanto, isso não é verbalizado pelos técnicos e, portanto, podemos supor que não é sentido também. A maioria das queixas verbalizadas por parte dos técnicos é de conflitos interpessoais, ambiente pesado, carregado, fofocas, dificuldade de relacionamento por serem pessoas “mais problemáticas” (problemas pessoais). Por meio da observação, percebemos alguns atritos entre técnicos, indiretas, expressões faciais de desaprovação. Podemos inferir que a falta de algumas normatizações referentes ao ciclo típico de trabalho e de uma chefia mais atuante,

ambas verbalizadas pela maioria dos técnicos, podem estar no âmago destes conflitos. Os atritos são percebidos como se fossem pessoais entre colegas por não haver uma “determinação superior”. Dois médicos fizeram colocações a respeito dos relacionamentos socioprofissionais entre os técnicos de enfermagem que achamos pertinente apresentar aqui:

*Quem tem mais atrito é o auxiliar, até porque tem mais auxiliar, são questões que não parecem ser importantes, mas são. Por causa de questões do trabalho, tem paciente que é mais pesado aí não quer pegar aquele. De uma forma geral o relacionamento é bom. (Médico Paul)*

*Tem coisas pontuais na UTI, no geral o relacionamento é bom, tem problemas? Tem problemas pessoais e com pessoas específicas. Aqui porque é um ambiente fechado, as pessoas ficam 12, 18 horas juntas (...). (Médico Peter)*

Dois fatores nos chamam a atenção: primeiro é o fato de ser ambiente fechado, os servidores não podem sair e ficam várias horas juntos, dependendo do plantão até 24 horas. Segundo, que os problemas de relacionamento sócio profissional também aparecem por questões relacionadas ao ciclo de trabalho. O custo físico para os técnicos, como veremos adiante é muito intenso, há necessidade de manipular o paciente, e assim, quanto menor o paciente menor o custo físico. Muitos servidores já adquiriram problemas de coluna devido a este esforço. Assim, sempre quando é admitido um paciente mais pesado na UTI, torna-se motivo de conflitos. Havia uma paciente consciente que, além de pesada, não contribuía muito para a realização dos movimentos, nenhum técnico queria cuidar desta paciente, e não houve a determinação por parte do enfermeiro de quem seria o responsável pela paciente, o último a chegar ao setor ficava com ela. Durante a época de internação desta paciente, vários técnicos tiraram licença de adoecimento por problemas de coluna (observação e história epidemiológica).

A interação entre técnicos também parece ser mais delicada, até mesmo porque é a categoria profissional que mais tem profissionais em interação. Os conflitos, muitas vezes, são percebidos como sendo por problemas pessoais, há manifestação de agressividade para com os colegas e também dentro do ambiente da UTI, com ruídos sonoros altos, com relação ao próprio equipamento e também em conversas (observação).

*Acho que tem muita gente que trabalha de mau-humor. Acho assim, todo mundo tem problema, mas acima de tudo, se todo mundo for trazer problema pra cá (...) tem gente que tem problema, briga com todo mundo, fica de cara feia e não procura resolver. Ninguém tem culpa. (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

*Sinto demais isso, é o que mais sinto, no começo da UTI era péssimo, ninguém conversava. Agora parece que as pessoas aprenderam a se tolerar. Achei que tá melhor, mas é de menos,*



*não sou muito de ter amigos. (...) Acho aqui o ambiente muito problemático, não que eu me ache normal não! Mas assim as pessoas, a história de cada um... É muito problema. (Técnica de Enfermagem Jenifer)*

*Aqui tem muita fofoca, é muito difícil. Gostaria de poder abrir mão do meu salário pra poder sair daqui. (Técnica de Enfermagem Vickie)*

Libouban (apud Silva, 1991) argumenta que a agressividade adquire valor de estratégia defensiva face aos problemas resultantes do confronto com pacientes graves. Segundo a autora, a agressividade (falar alto e forte, fazer barulhos) evita que os profissionais se entreguem à crises e às explosões de choro. Tal agressividade reacional, não seria apenas para com os pacientes, mas também e, sobretudo, contra os próprios membros da equipe.

Assim, dois aspectos nos chamam a atenção: o fato de não haver uma supervisão mais atuante em relação ao desenvolvimento dos trabalhos dos técnicos, o que resulta em conflitos entre os mesmos por motivos de falta de cumprimento de normas; e que a agressividade também possa fazer parte de um rol de motivos para os problemas de relacionamentos socioprofissionais. Ao mesmo tempo em que é sintoma de um problema também, gera outros problemas, mais conflitos agravando o impacto negativo do custo humano do trabalho e fazendo prevalecer vivências de mal-estar.

### **Interações servidor/paciente**

São as dimensões sociais da relação ajudante/ajudado e que, segundo Martin e Gadbois (2005) é uma trama constante da atividade das equipes de ajuda que deve ser levado em consideração em toda a reflexão sobre a organização. É o confronto diário com a dor e a morte. Segundo Pitta (1999) a própria natureza do trabalho influencia a produção de sintomas psíquicos, na medida em que esta situação suscita sentimentos muito fortes e contraditórios, tais como piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; e inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente. Assim, a forma como estas interações se dão no ambiente de trabalho, propiciam ou não, o adoecimento e o bem-estar do servidor.

Há uma diferença quanto à percepção dos médicos e da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) quanto às interações com os pacientes. Os médicos verbalizam que vêem estas interações de uma forma mais prática, objetiva, com certo estranhamento, como algo que é encarado com dureza, mas ao mesmo tempo com ternura. A duplicidade e ambigüidade permeiam as falas e até mesmo o não querer falar sobre o assunto, como é o caso de Paul que apesar de se ter perguntado como é este bom relacionamento simplesmente dizia que era bom.

Isto nos permite supor que há dificuldade em lidar com tal relacionamento e que não é tão simples como os médicos tentam colocar.

*(...) no momento tenho um bom relacionamento com os pacientes que me permitem, os que estão conscientes (...)  
(Médico Paul)*

O médico Jack direciona sua atitude e sua postura dependendo da necessidade do paciente.

*(...) tenho uma visão bem clara: tem pacientes que precisam de você como médico e como protetor e alguns só como médico (...)  
depende da necessidade do paciente. Às vezes precisam de um contato mais paternal. Pra mim isto é uma questão natural, alguns só querem saber da resolução do problema e aí quanto mais objetivo você for melhor. (Médico Jack)*

O confronto com a fragilidade do paciente é vivenciado no dia a dia. Jack demonstra a necessidade da questão afetiva relacionada aos pacientes. O papel do médico, segundo ele seria como de um protetor, mais paternal. Já, David coloca que aprende-se com os pacientes, sente esta relação com certo estranhamento, o que de certa forma, segundo Schraiber (1993) representa um distanciamento, o qual muitos médicos vêem como necessário para poder ter um desempenho melhor no trabalho. Este distanciamento também representa um mecanismo de defesa utilizado pelo médico, para não entrar muito em contato com assuntos que geram angústia. Este tipo de relacionamento é típico dos médicos, estes são formados para agir de tal forma, para prevenir-se do apego, do vínculo ao paciente, e assim, sofrer menos. Ao mesmo tempo em que percebe a fragilidade humana na qual atua, nega a morte quando não comenta sobre a possibilidade do paciente vir à óbito.

*Eu assim... A gente aprende muito com os pacientes, em todas as esferas. A princípio o paciente que nos procura na UTI está totalmente entregue (...) Essa relação é estranha, porque você... Os pacientes... Você trata, recupera e ele vai embora e ficou por isso mesmo! É raro o paciente voltar. Então se você pegou ele. Está no início de morte e você recuperou ele. Deu alta pra ele. Pronto! Sua missão tá cumprida e acabou por ali mesmo. Tchou e benção! Ali finaliza meu trabalho. Você deu alta pra ele, cumpriu seu papel, tranqüilo, beleza! Vai pra casa e dorme (...)  
Não levo! Só quando volto é que reassumo. Não deve alterar nossa vida lá fora! (Médico David)*

A falta de percepção de reconhecimento do trabalho do médico é expressa com certo pesar quando diz: “É raro o paciente voltar”. Parece sentir falta de uma relação diferente, na qual possa se sentir mais valorizado, “(...) você recuperou ele (...) Tchou e benção!” (Médico David)

Peter (médico) já consegue ter este contato mais íntimo, um vínculo a mais com os pacientes. Diz sentir-se muito bem quando um paciente volta para conversar e agradecer. Demonstra sua dificuldade com relação ao fato do paciente morrer, sente o

pesar, mas percebe que faz parte do seu trabalho “ossos do ofício” e que, de alguma forma, tem que enfrentar.

*Com o passar do tempo a gente tem....endurecido sem perder a ternura eu acho! Endurecer assim: morreu puxa é chato! Mas você sente... Sente o pesar, passar a notícia pra família é chato. A gente tem uma característica da UTI nesse sentido, é que tem pacientes que duram... Ficam na UTI 3 meses seis meses, um ano ou recebem alta ou vão à óbito. Quando a pessoa recebe alta ela volta, como a Celma que tava aí hoje. O pessoal volta, forma um vínculo (...)* (Médico Peter)

Já a equipe de enfermagem, vê esta relação com uma intensidade muito maior, com tristeza, dor e muito sofrimento. Podemos olhar esta diferença de percepção por dois ângulos. O primeiro é que a equipe de enfermagem tem contato mais direto com o paciente no “cuidar”, está ali a todo o momento ao lado do paciente, presencia sua dor, seu sofrimento, permanecendo de dez a doze horas por dia com estes pacientes, e ainda, por longos períodos, podendo chegar a um ano. Outro ângulo é a questão de gênero. A equipe de enfermagem é composta quase que exclusivamente por mulheres, há apenas dois técnicos de enfermagem. Todos os entrevistados da equipe de enfermagem são mulheres. Gadbois (1981, apud Pitta 1999) identificou que a força de trabalho no setor de saúde é predominantemente feminina. Já a equipe médica é composta quase que exclusivamente por homens, de sete médicos duas são mulheres. Todos os entrevistados foram homens. Segundo Pitta (1999), a prevalência de sintomas entre mulheres é maior que entre homens. Rossi (2005), em um estudo relacionado à estressores ocupacionais e diferenças de gênero, revela que as mulheres tendem a identificar a sobrecarga de trabalho como um fator estressor mais do que os homens. Permite-nos supor, que a mulher encara de forma diferente o sofrimento. Assim, podemos inferir que o fato dos entrevistados da equipe de enfermagem ser exclusivamente composta por mulheres e da equipe médica ser composta exclusivamente por homens influencia nesta diferença de percepção. O gênero influencia na percepção do relacionamento com o paciente.

*Não gosto de trabalhar com paciente que não tem condições, não gosto de prolongar o sofrimento é doído, sofrido trabalhar com um paciente que não tem chance de sair, ter que conviver com o sofrimento do paciente. Popularmente falando quando vem pra UTI é pra morrer. Teve uma senhora estes dias que quando viu que tava indo pra UTI começou a gritar que ia morrer e queria falar com o filho dela.* (Enfermeira Mary)

Nesta fala, também podemos perceber a questão da finalidade da UTI, como os servidores sentem esta finalidade? Quais resultados são esperados? Como vimos anteriormente a resposta a estas questões não batem com os resultados alcançados na prática

*A relação de cuidado pressupõe que você se envolva com o paciente, mas você não pode se envolver muito e aí fica complicado muitas coisas. (Enfermeira Jane)*

Jane traz um elemento importante para esta relação, no entanto a dificuldade para realizá-lo. Há necessidade no processo de cuidado de se envolver com o paciente, caso contrário fica um cuidado desumanizado. Qual é o limite para tal envolvimento? “Você tem que se envolver, mas sem se envolver”, como é isto? Este envolvimento para os servidores é muito relativo, depende da história do paciente e da história do próprio servidor, um vínculo acaba sendo estabelecido, sem haver o planejamento, sem querer.

*Agora com o paciente, também depende do paciente da história, às vezes você se envolve mais não vou negar né? (Técnica de Enfermagem Jenifer)*

As conseqüências de tal envolvimento é a tristeza, dor e sofrimento. Como a própria servidora diz: “Uma tortura!”. É a vivência ao lado do sofrimento, da fragilidade humana que faz com que a pessoa, muitas vezes, se coloque no lugar do paciente.

*(...) também é uma unidade que assim, às vezes causa muita tristeza na gente (...) Porque pra gente é uma tortura! A pessoa ficar assim, meses e meses como tem um paciente aí que vai fazer um ano. Já, aí querendo ou não, às vezes a gente vê que a pessoa não vai melhorar, se bem que a gente não sabe de nada! Mas no momento você vê que a pessoa não tem perspectiva de vida, não tem como sair daquele quadro, aí pra gente a pessoa tá sofrendo demais aqui, eu, eu no meu caso, eu não queria vir pra cá preferia morrer. (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

O estabelecimento de um vínculo e o acompanhamento da evolução do quadro do paciente, também gera desgaste. Segundo Benevides-Pereira (2002) a frequência e a intensidade com que a pessoa vivencia estas situações podem contribuir para o estabelecimento de *burnout*.

*(...) Fico muito desgastada aqui, quando um paciente está consciente e você estabelece certo relacionamento e você chega e vê ele entubado isso mexe com a gente (...) (Técnica de Enfermagem Cloe)*

Novamente, a finalidade do setor entra em cheque com os sentimentos do servidor. O local no qual deveria lutar pela vida acaba sendo um local que prolonga o sofrimento do paciente.

*Porque em alguns casos, pra mim não vale a pena vir parar aqui, porque tem algumas pessoas, não cabe a nós, mas tem algumas pessoas que vindo pra cá tem muito sofrimento, tem pessoas que fica... Talvez se tivesse numa clínica teria uma morte mais tranqüila e chegando aqui na UTI e drogas e drogas e a pessoas não tem mais vida, fica apodrecendo na verdade, a pele abre, drena, é um caso assim que jamais (...) queria assim,*

*a gente tem que ver se é a hora mesmo, não que eu vá decidir isso de jeito nenhum, mas assim... Senão vai prorrogando muito, prorroga muito o sofrimento da pessoa.* (Técnica de Enfermagem Lisa)

Quando o paciente recebe alta, há a busca do prolongamento desta relação às vezes por parte do paciente que volta ao setor, ou por parte dos servidores que buscam monitorar como estão estes pacientes. Os servidores procuram nas enfermarias, às vezes encontram os pacientes nos corredores do hospital, ou ainda, ficam sabendo por intermédio de outras unidades.

*(...) mas se dá certo, você fica feliz, fica amiga da pessoa. Depois vai a casa dela...* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

*O paciente sai e vai pra enfermaria, aí os colegas, se comunicam tem gente daqui que trabalha na enfermaria em outros lugares e então circula a notícia.* (Médico Peter).

Esta estratégia pode significar a busca pelo reconhecimento do trabalho da equipe, é como se fosse para conferir se “valeu a pena” o esforço em recuperar o paciente. Após saber como estão os ex-pacientes, a notícia é compartilhada no setor. Quando a pessoa está bem é motivo de alegria, satisfação e orgulho.

*(...) quando eu a vi! De alta! Encontrar o paciente bem e saber que valeu a pena!* (Técnica de Enfermagem Lisa)

É saber como está a vida além da UTI e saber que valeu a pena o esforço em recuperá-la. Esta estratégia é a busca por reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, o que traz satisfação ao servidor, contribui para o impacto positivo no custo humano no trabalho, proporcionando vivências de bem-estar.

A interação entre servidor e paciente gera um impacto negativo no custo humano no trabalho, pois depende muito do paciente, se seu quadro de saúde melhora e tem alta, ou se piora seu quadro de saúde e vai à óbito. O perfil dos pacientes da UTI, não é algo que facilita a alta, pelas informações e observações obtidas “alta quando tem é exceção” (Médico Peter), prevalecendo assim, as vivências de mal-estar.

### **3.6. Como se caracteriza o Custo Humano no Trabalho?**

O Custo Humano no Trabalho expressa o que deve ser despendido pelos trabalhadores (individual e coletivamente) nas esferas física, afetiva e cognitiva face às contradições existentes no contexto de produção que obstaculizam e/ou desafiam a inteligência dos trabalhadores. Este custo que é imposto externamente aos trabalhadores, é gerido por meio de estratégias de mediação individual e coletiva (EMIC) (Ferreira & Mendes, 2003).

### Categoria Temática 4 – Custo Humano no Trabalho

**Descrição:** percepção dos servidores quanto às exigências física, cognitiva e afetivas

Categorias	Exemplos de Verbalizações
Custo Físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Muitas dores no corpo (...) me sinto morta quase não viva! Muito cansada (Enfermeira Mandy)</i></li> <li>▪ <i>Enorme! Às vezes quando levanta dá aquela dor do dedão do pé ao fio de cabelo, você tem que trocar horário, olhar e ver, você quer correr e fazer o que o outro não fez, o serviço é bem braçal mesmo, é um desgaste muito grande. (Técnica de Enfermagem Cloe)</i></li> </ul>
Custo Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Do ponto de vista cognitivo a gente está sempre ganhando, você aprende todo santo dia, é uma coisa contínua para o resto da vida. Você está sempre ganhando experiência. (Médico Jack)</i></li> <li>▪ <i>Cognitivo é muito cobrado! Rapidez, agilidade. Você tem que tá muito ligada, tem que fazer uma coisa e olhando pra outra. Tá com um paciente e olhando para o monitor do outro, você já sabe que ele tá fazendo uma taquicardia... (Enfermeira Susan)</i></li> <li>▪ <i>É puxado também. Mas é muito assim... Dividido né? Então você sabe o que tem que fazer é a mesma coisa sempre, com todos os pacientes. Quando tem alguma intercorrência aí se você não sabe o médico pede. Mas tem um desgaste sim que é quando mistura tudo! (...) chega no final do dia você tá um bagaço! Mentalmente, fisicamente e emocionalmente. (Técnica de Enfermagem Cloe)</i></li> </ul>
Custo Afetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>(...) minha capacidade afetiva diminui, fico de ressaca e na sexta-feira já tô bem. (Médico Peter)</i></li> <li>▪ <i>(...) duas partes uma com o paciente, tem que ter um grau... Isso é muito importante, tem que ter uma empatia, afetividade com relação ao setor, você tem que gostar muito de trabalhar aqui dentro, em relação as pessoas que a gente trabalha também. Eu tento fazer como se fosse minha segunda família (...)(Enfermeira Susan)</i></li> <li>▪ <i>É difícil com os colegas e com o paciente também não é fácil. É muito triste, você conversou, viu a evolução e que depois tá praticamente um vegetal. Aqui se você tem sentimento você vai sofrer (...) (Técnica de Enfermagem Vickie)</i></li> </ul>

**Tabela 15**

#### 3.6.1. Custo Físico

Relembrando o conceito de Ferreira e Mendes (2003), o custo físico expressa o custo corporal imposto aos trabalhadores pelas características do contexto de produção em termos de dispêndios fisiológico e biomecânico, principalmente, sob a forma de posturas, deslocamentos e emprego de força física.

Conforme os resultados das entrevistas, o custo físico é diferenciado para cada categoria profissional. Com relação à equipe de enfermagem a demanda física é excessiva. Utilizam o corpo todo em todos os momentos, seja caminhando,

manipulando pacientes, administrando medicações. Muitas vezes, os pacientes são pesados, há necessidade de virá-los de decúbito a cada duas horas. Vários procedimentos realizados pelos técnicos necessitam de outro servidor para ajudar, no entanto pela carência de pessoal e por dificuldades de relacionamento, às vezes estes procedimentos acabam sendo realizados somente por um servidor o que resulta em adoecimentos, como é o caso da Técnica de Enfermagem Lisa.

*A gente devia viver em constante fisioterapia, depois de um dia de trabalho... Que nem você me viu dando banho, tendo que puxar o paciente sozinha. Muito pesada! Há um desgaste muito grande eu já adquiri bursite e o orto disse que é uma doença da minha profissão, sente muita dor nas costas, ombro. (Técnica de Enfermagem Lisa)*

Vários estudos realizados (Gurgueira *et al*, 2003; Gallachi e Alexandre, 2003; Parada *et al* 2002; Rocha *et al*, 2001; Alexandre, 1998; Nishide *et al.*, 2004; Oliveira e Murofuse, 2001; Alexandre *et al.*, 2001) evidenciam a profissão na área de enfermagem como profissão de alto risco de desenvolvimento de dores nas costas, lacerações, contusões, torções e lombalgias. Nishide *et al.* (2004, p.205) ao analisar as condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, constatou que a “execução da atividade de movimentação de pacientes acamados pelos trabalhadores de enfermagem foi a mais desgastante fisicamente. Associou-se a esse desgaste a inadequação dos mobiliários e as posturas corporais adotadas pelos trabalhadores de enfermagem”.

*Exigência Física é bastante cobrado, tem dias que você mal consegue sentar, não tem tempo de tomar água ou ir ao banheiro. Força é exigida também. Ajudar a subir, colocar o paciente no colchão (...) muito cansada, fisicamente, dor no corpo, dor nas pernas, demoro um tempo até eu relaxar (...)* (Enfermeira Susan)

O custo físico, tanto do técnico de enfermagem como do enfermeiro é elevado pela própria característica das atividades. A falta de condições de trabalho (falta de pessoal, material) e a falta de organização do trabalho (chefia mais atuante) agravam ainda mais a situação.

*A postura de alguns técnicos afeta o desenvolvimento do meu trabalho. Aí eu acho que o enfermeiro falha, porque ele não cobra e aí sobra pra gente, o grupo não é coeso, quando você vai ver as atitudes... (Técnica de Enfermagem Cloe)*

Com relação aos técnicos de enfermagem, os dados obtidos por meio do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA corroboram com a análise das entrevistas. O custo físico na percepção dos servidores é elevado (M: 4,27; dp 0,421), evidenciando muitos riscos de adoecimento. Com exceção do fator “subir e descer escadas”, no restante dos fatores mais de 50% das respostas (N=25) ficou nos níveis bastante e totalmente exigido.

Algumas estratégias adotadas para amenizar o custo físico causam conflitos no ambiente de trabalho. Diante da sobrecarga de trabalho os servidores diminuem o ritmo de trabalho, o que afeta diretamente o trabalho do outro colega e do enfermeiro, gerando problemas de relacionamento entre os servidores.

*Procuro cooperar com quem coopera comigo, se a pessoas resolve não me ajudar, quando você pede uma duas, aí eu também não coopero, não é que eu deixo de fazer minha obrigação, não deixo de fazer o meu (...)* (Enfermeira Susan)

Os servidores, diante do desgaste físico, trocam de escala para não trabalharem aquele dia, no entanto devem repor depois o dia não trabalhado. Este fato gera algumas inconveniências, pois ao trocarem de escala sem comunicar a chefia, algumas vezes, acontece do acordo “falhar” e do setor ficar desfalcado. Diante deste problema, foi baixada uma norma do diretor do hospital que, tais trocas não poderiam mais ser realizadas sem a autorização da chefia, teria que ser feito por meio burocrático. Não foi possível avaliar se esta medida aumentou ou não o número de licenças, mas a hipótese é de que caso não fosse possível trocar de escala o índice de licenças aumentaria.

As licenças também podem ser vista como estratégias de mediação, pois quando em licença não há necessidade de estar no local de trabalho, evita-se o contato com o local que gera desconforto. Desta forma, como já colocamos anteriormente, as licenças cumprem um duplo papel ao mesmo tempo em que resulta do problema são fontes de novos problemas.

Os resultados desta categoria parecem estabelecer nítida articulação com as condições de trabalho, organização do trabalho e relacionamento sócio-profissional. A falta de material, instrumentos, equipamentos e a carência de servidores, falta de uma supervisão mais atuante e ainda a não cooperação dos servidores quanto aos procedimentos de trabalho em conjunto, nos servem de pistas para compreender a percepção do custo físico. Há necessidade de rever as condições de trabalho e também questões relativas à organização do trabalho buscando minimizar tal custo, prevenindo assim, o adoecimento.

### **3.6.2. Custo Cognitivo**

O custo cognitivo expressa o dispêndio mental imposto aos trabalhadores pelas características do contexto de produção. Podendo ser sob a forma de aprendizagem necessária, de resolução de problemas e de tomada de decisão (Ferreira e Mendes, 2003). Nesta categoria, a análise das entrevistas indica custo cognitivo elevado nas três categorias profissionais. O processamento de informações



é contínuo nas atividades e ainda envolve vários procedimentos que devem ser realizados em tempo hábil:

*A maior seria esta aí, você vai resolver, paciente grave, tentar resolver tudo a seu tempo. Estresse... É você responder ao que precisa ser feito no tempo hábil, por ex, tem gente que espera muito tempo pra entubar o paciente. O tempo a gente... Sabe... Ficando lá no método mais lusitano. Opta por conforto e segurança, é uma coisa de ficar ali do lado. Isso gera estresse, você tá ali, tá vendo o sofrimento. Não quer ser prematuro. Às vezes é algo... Muitas vezes é subjetivo. A situação clínica não está bem definida, O processo todo envolve a avaliação constante. (Médico Paul)*

A pressão do tempo juntamente com uma avaliação rápida da situação para, a seguir tomar uma decisão, demandam alto custo cognitivo. Soma-se a esta situação a questão das conseqüências dos atos, ou erros para o paciente.

*(...) dá a entender que a gente trabalha de uma maneira bem... Bem cartesiana, deixa os padrões. A gente procura ter um raciocínio que possa ser reproduzido pelo outro. Realmente é muito dinâmico. Ele tem mais experiência e chega e olha os exames, nós lidamos com paciente de uma forma mais aguda, então a gente troca idéias. Você analisa o quadro geral e tenta prevenir o pior. Recebe o especialista e acata a opinião. Do ponto de vista cognitivo a gente está sempre ganhando, você aprende todo santo dia, é uma coisa contínua para o resto da vida. Você está sempre ganhando experiência. (Médico Jack)*

Jack (médico) acrescenta a necessidade de ter um raciocínio que possa ser reproduzido pelos outros médicos do setor. A falta de um padrão de atendimento, como já fora colocado anteriormente, contribui para o aumento do custo cognitivo.

*(...) por este corre, corre, às vezes a parte intelectual... Às vezes deixa um pouco a desejar. Tem que ter um equilíbrio. Tem que procurar ter esse equilíbrio, porque hoje a mudança em conhecimento é muito rápida, e às vezes a gente fica sem tempo e às vezes isso gera um conflito que às vezes eu tenho um conhecimento, o outro tem outro e pode gerar um conflito na unidade (Médico David)*

Novamente, no discurso de David o tempo é evidenciado como um fator que estressa e contribui para elevar o impacto negativo do custo cognitivo. David também chama a atenção para as rápidas mudanças na área do conhecimento e nos possíveis conflitos que estes conhecimentos podem causar pela falta de um padrão, um protocolo geral para a UTI. Acrescenta ainda, que é uma especialidade diferente de todas as áreas em função da imprevisibilidade das situações, da necessidade de estar sempre prevendo situações para oferecer o melhor atendimento ao paciente e melhores condições de trabalho para o servidor. Há, ainda, a preocupação de não passar ansiedade e tensão para a equipe, de forma que esta possa trabalhar da maneira mais tranqüila possível e melhor atender ao paciente.

*(...) tem UTI que você tem dificuldade material, então você fica atento, paciente estubo, isso gera estresse. E depende da UTI que você está e não é o ideal, você tem um corpo clínico que não ajuda aí rola o estresse, então você passa o estresse à equipe de várias maneiras, em geral o médico tem que ter a responsabilidade de ter... Ele como membro numero 1, ele jamais... Tem que procurar não passar isso pra equipe, porque se passar a gente perde o paciente. (Médico David)*

Para a equipe de enfermagem o custo cognitivo também é alto. A demanda do trabalho é ininterrupta, há a necessidade de se fazer várias coisas ao mesmo tempo. Pinho, Abrahão e Ferreira (2003), em um estudo realizado em um contexto hospitalar demonstram a importância da dimensão cognitiva na atividade dos enfermeiros.

*O custo cognitivo é grande! Você tem que estar atento a tudo! Medicação, se tem, se falta. Olhar várias coisas ao mesmo tempo. (Enfermeira Jane)*

O desgaste cognitivo é evidenciado através do esquecimento, da mesma forma que para os médicos, as conseqüências dos erros dos técnicos e dos enfermeiros também podem ser graves. Assim, além da atenção integral, soma-se ainda a tensão gerada pelas possibilidades de erros e esquecimentos. Os enfermeiros podem contar com o auxílio dos técnicos de enfermagem, estes lembram seus esquecimentos no decorrer do ciclo de trabalho, o que de certa forma traz mais tranquilidade para o enfermeiro.

*Muito excessivo, esquece de coisas, aí o pessoal lembra. (Enfermeira Mandy)*

*(...) tem hora que a gente esquece, porque tem que fazer várias coisas ao mesmo tempo, aí não consigo gravar tudo. Quero exercitar mais minha mente (...) (Enfermeira Mary)*

Os técnicos também demonstram cansaço pela demanda cognitiva. A atenção deve ser constante,

*Muito exigido a gente tem que ficar atento o tempo todo. (Técnica de Enfermagem Lisa)*

*(...) tem que ficar lembrando das coisas, se fiz isso, aquilo, o que falta fazer... cansa um pouco né? (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

*O desgaste mental é grande dependendo do dia, ao final do dia você tá lento já. Aí eu não sei se to raciocinando direito. (Técnica de Enfermagem Lisa)*

A técnica de enfermagem Vickie chama a atenção para as condições de trabalho que facilitam ou dificultam a execução das atividades.

*Camas ruins, falta manutenção de equipamentos, a baixa qualidade do material, adesivos que não grudam aí toda hora tem que tá indo grudar no paciente, perde tempo, retrabalho. O trabalho aumenta porque além de ter a atenção para o paciente*

*você tem que desviar a atenção para estas coisas. São pequenos detalhes que facilitam ou dificultam a execução do trabalho e também tem reflexo para os pacientes. Às vezes pode até colocar em risco a vida um paciente, por ex o adesivo que não faz leitura (eletrodo) (Técnica de Enfermagem Vickie)*

Esses “detalhes” aumentam ainda mais o custo cognitivo do trabalho, gera cansaço mental, estresse aumentando assim as possibilidades de erros e esquecimentos.

Kahill (1988, apud Tamayo, 1997) inclui como sintomas cognitivos ou manifestações do *burnout* a dificuldade para se concentrar, perda da memória, dificuldades para tomar decisões e sintomas sensório-motores, tais como: agitação e inabilidade para relaxar. Este último sintoma são sinais de uma grande agitação e tensão nervosa. Ao perguntar como os profissionais se sentiam ao final do dia a resposta foi unânime: “muito casado e exausto”

*Desgastado, cansado.* (Médico Jack)

*Morta quase não viva, muito cansada.* (Enfermeira Mandy)

*Muito cansada, fisicamente, dor no corpo, dor nas pernas, demoro um tempo até eu relaxar quando chego em casa, ouço o barulho da UTI na minha casa, não tenho... Acho que tá até interferindo na minha vida, do a prioridade pra ficar em casa descansando.* (Enfermeira Susan)

A exaustão é a primeira reação ao estresse causado pelas exigências do trabalho (Codo e Vasques-Menezes, 2000). O estado de exaustão é quando as pessoas “sentem-se sobrecarregadas tanto física quanto emocionalmente, sentem-se esgotadas e incapazes para relaxar e se recuperar, falta-lhes energia para enfrentar um outro projeto ou outra pessoa” (Maslach, 2005, p.45). Ainda, segundo a autora, o esgotamento físico e emocional não é um problema das pessoas, mas do ambiente social em que trabalham. Tamayo, Argolo e Borges (2005), argumentam que a estrutura e o funcionamento do local contribuem para o desenvolvimento do problema, moldando a forma de interação das pessoas e a forma como elas realizam o trabalho. O esgotamento físico e emocional pode causar outros problemas à saúde, como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, pressão alta, tensão, fadiga, ansiedade, depressão entre outros. Assim, algo que começa no ambiente ocupacional se alastra para todas as esferas da vida dos servidores (Borges, 2005).

Resumindo, na categoria cognitiva a análise das entrevistas indica custo cognitivo elevado para os três profissionais. No caso do profissional médico, o processamento de informações dos vários procedimentos é contínuo, há a pressão do tempo para a tomada de decisão e ação e a previsão das conseqüências de tais ações. Há ainda a preocupação de não passar ansiedade e tensão para a equipe, de forma que esta possa trabalhar da maneira mais tranqüila possível e melhor atender

ao paciente. Outro fator que contribui para o aumento do custo cognitivo são as rápidas mudanças na área de medicina, tornando necessário estar sempre atualizado com as novas informações. Na equipe de enfermagem a atenção deve ser constante. Além da atenção integral, soma-se a tensão gerada pelas possibilidades de erros e esquecimentos. As condições de trabalho também facilitam ou dificultam a execução e a concentração no desempenho das tarefas, gerando uma demanda cognitiva muito maior, cansaço mental, desgaste, estresse e conseqüentemente tendo impacto negativo no custo cognitivo.

### **3.6.3. Custo Afetivo**

O custo afetivo expressa o dispêndio emocional imposto aos trabalhadores pelas características do contexto de produção sob a forma de reações afetivas, de sentimentos e de estado de humor (Ferreira e Mendes 2003). Neste tópico dividiremos a apresentação dos resultados em duas partes. A primeira parte destina-se ao custo afetivo com relação ao contexto de serviço, mais especificamente com relação aos relacionamentos socioprofissionais e a segunda parte relacionada ao paciente. Lembrando que são percepções de três categorias profissionais.

O significado do trabalho para os servidores de saúde, por lidarem com vidas humanas contribui para elevar o custo afetivo. A missão é preservar a vida. O que seria a vida dentro da UTI para estes servidores? Até que ponto deve-se lutar por ela? O custo afetivo pode nos dar algumas dicas de como estes funcionários vêem e percebem a vida e a morte dentro da UTI.

#### **Custo afetivo com relação à equipe: “Ta difícil. Hoje está difícil...” (Médico David)**

Os médicos de uma maneira geral colocam um custo afetivo positivo com relação à equipe.

*(...) em relação ao processo de trabalho, gosto muito de me relacionar, tenho carinho, gosto de ajudar. (Médico Paul)*

Este bom relacionamento facilita a comunicação na equipe, deixando os servidores mais relaxados, mais atentos ao trabalho, menos propensos a erros, proporcionando vivências de bem-estar no trabalho.

*(...) em todos os grupos consigo me sentir bem (...) há um custo afetivo muito positivo quando eu consigo me relacionar bem, mesmo tendo idéias diferentes, quando as pessoas se importam. Mesmo se a pessoa pensa diferente, mas o comprometimento é importante no trabalho. (Médico Jack)*

As enfermeiras têm percepções diferenciadas das origens do custo afetivo. A variabilidade humana, diferenças de personalidade e habilidades pode indicar um caminho para melhor compreender estas percepções.

A enfermeira Mary e a técnica de enfermagem Phoebe demonstram a satisfação de trabalhar quando a equipe está satisfeita e que isto compensa todo o desgaste da atividade, corroborando a visão de Ferreira e Mendes (2003). Os autores apontam que os relacionamentos socioprofissionais tornam-se suporte para enfrentar as dificuldades no trabalho.

*É uma equipe satisfeita, sorrindo, alegre. Posso morrer de trabalhar mas se todo mundo estiver feliz é maravilhoso.*(Enfermeira Mary)

*Ah! Trabalhar com equipe boa, tem dia que você trabalha e nossa, parece que você nem trabalhou, mas tem dia que olha pra cara das pessoas...você trabalha duas horas e já fica pesada.* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

O bom relacionamento no trabalho contribui para o melhor desempenho na atividade e também para oferecer maior disponibilidade para com o paciente.

*Quando a equipe, o ambiente tá menos carregado, quando os colegas são mais leais, aí você não tem que ficar com atenção nessas coisas. Aqui você tem que esquecer tudo para se dedicar. Só vou lembrar de coisas quando saio daqui. A atenção que você tem que dar é integral.* (Técnica de Enfermagem Vickie)

*É isso, um plantão mais tranquilo, mais relaxado, um lanche, aí a gente relaxa aproveita pra ficar mais ali com a pessoa, mas não é sempre não.* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

Já quando há dificuldades no relacionamento, há também, impacto negativo no custo afetivo, como consequência para David (médico): a dificuldade de integração, chegando ao ponto dele querer sair do setor.

*(...) quando você observa que você não tá conseguindo impor um certo trabalho, uma certa conduta e você tem outros exemplos que são positivos na unidade acho que tá na hora de pedir pra sair. Justamente para não prejudicar o outro (...). O conhecimento que eu tenho é diferente do objetivo que alguém está traçando da finalidade desta UTI, o objetivo que eu tenho é diferente do da casa, aí fica difícil trabalhar.* (Médico David)

Estas dificuldades no relacionamento para David acabam por influenciar sua percepção da interação com a equipe. Uma percepção negativa do relacionamento prevalece levando a vivências de mal-estar.

*Tá difícil. Hoje está difícil. Bem-estar é você chegar no ambiente de trabalho e você ter companheiros de trabalho, aqui a gente vê mais discórdia, os objetivos não são os mesmo, você não consegue implantar uma assistência de trabalho uma rotina.*(Médico David)

As dificuldades de relacionamentos e a falta de uma supervisão mais atuante contribuem para promover vivências de mal-estar, na medida em que não foi adotada uma forma mais adequada para lidar com a situação. Mandy (enfermeira) tem dificuldade para se relacionar no setor, às tentativas são infrutíferas o que gera um impacto negativo no custo afetivo. Dificuldades pessoais, falta de comprometimento, de solidariedade, são alguns dos indicadores críticos evidenciados:

*Tenho dificuldade de lidar com gente carente, aí é complicado. Tento entender os problemas, mas eles misturam muito.*  
(Enfermeira Mandy)

*Falta de solidariedade com os colegas. Fico revoltada é isso que mais me dá vontade de sair. O ambiente vai ficando tão carregado, te oprime tanto, com fofocas maldades para a chefia.*  
(Técnica de Enfermagem Vickie)

Segundo Borges, Tamayo e Filho (2005) as ocupações de caráter assistencial demandam altos níveis de comprometimento e envolvimento emocional. Os profissionais são requeridos para cuidar dos usuários, aprender acerca dos seus problemas e prover algum tipo de cuidado e ajuda. Desta forma, a falta de comprometimento na atividade pode ser vista como uma estratégia de mediação, protegendo-os de um envolvimento maior e contra vivências de mal-estar.

*A falta de compromisso com o paciente (...) e isso me deixa triste, a pessoa faz de qualquer jeito, mas aquilo ali me incomoda demais.* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

A técnica de enfermagem Cloe aponta para a falta de uma supervisão mais atuante, o que além de gerar sobrecarga, gera mal-estar.

*Quando eu vejo colega deixar de cuidar do paciente. Eu não lido muito bem não, é chato até pra gente falar. É o papel do enfermeiro e a gente acaba fazendo (...)a gente tem que aprender a trabalhar em equipe, senão acaba prejudicando todo mundo. Os enfermeiros não falam. Eu não deixava de falar.*  
(Técnica de Enfermagem Cloe)

Os técnicos de enfermagem, de uma forma geral, demonstram um impacto negativo no custo afetivo com relação aos colegas do setor. Os conflitos, desentendimentos, mal-humor, fofocas são elementos que aumentam as exigências do custo afetivo, constroem um ambiente carregado, tenso, prejudicando o desempenho das atividades.

*Com relação ao pessoal é complicado ficar num lugar que tem tanta briga, cara feia, eu não gosto.* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

*É difícil com os colegas! Muita fofoca.* (Técnica de Enfermagem Vickie)

*Afetivo é afeto, carinho, sentimento, né? Entre os colegas a gente consome muito, muita gente que gosta, trabalha muito bem já ta com aquela dupla e tudo, beleza, agora tem outros*

*que já custa mais, vai daqui vem dali, mas enfim, passa os dias né? (Técnica de Enfermagem Jenifer)*

O fato de conhecer melhor o colega, trabalhar há algum tempo juntos, ter bons relacionamentos facilita a construção de um ambiente mais saudável, com impacto positivo no custo afetivo, beneficiando tanto o servidor como o paciente. Codo e Batista (2000) afirmam as relações sociais de trabalho estão na origem da síndrome de *burnout*. Diante dos muitos fatores que levam ao estresse, adoecimento no trabalho e *burnout* o relacionamento é um fator primordial, pois por meio dele os servidores podem ter suporte para enfrentar as demandas exigidas no desempenho do trabalho. Assim, ter um bom ambiente de trabalho, com relacionamentos sócioprofissionais saudáveis é condição básica para prevenir as vivências de mal-estar e consequentemente adoecimentos.

### **O custo Afetivo com relação ao paciente: “Ninguém nos ensinou a lidar com essas emoções!” (Técnica de Enfermagem Cloe)**

O vínculo estabelecido entre profissional e paciente parece ser uma grande fonte de impacto no custo afetivo nas experiências dentro da UTI, demonstra um atendimento mais humanizado, que é almejado atualmente nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, contraria algumas das “proibições” na formação tanto do médico como da equipe de enfermagem: “você não pode criar vínculo para não sofrer!”

*Já com o paciente, às vezes não dá pra criar vínculo, pelo tempo, mas a gente mesmo assim, cria vínculo... Quando o paciente fica aqui, a gente parte da premissa de que tá muito ruim, quando acontece uma coisa não esperada, a gente fica tranqüilo porque sabe que fez de tudo. Agora quando era por falta de recursos, habilidade... Aí sim a gente fica frustrado. Agora o paciente piorar na UTI é normal. (Médico Paul)*

Já na visão do médico Jack, é saudável este vínculo, esta troca de sentimentos e emoções. O médico, na visão dele, teria o papel de ouvinte, protetor, compreender a dor do paciente e suas preocupações. Este papel seria inerente à profissão. Entende que o tratamento médico deve abordar a pessoa como um todo, inclusive o emocional.

*É salutar. É trocar emoções. O que o paciente está sentindo: medo, dor, saudade, preocupação da vida pessoal e profissional, quando ele fala e quando ele não fala você tenta, tratar a dor dele, sei que ele tem dois filhos, que a filha dele vai casar, e aos poucos você vai tentando dar emoção, afeto, nem sempre ele está aberto pra isso, tem que procurar não fechar. Parece que é uma característica dentro de nós e quando não acontece é porque a pessoa tá com algum problema, às vezes não dão porque estão com algum problema. É muito importante você tá bem, e se você não tiver bem você não consegue desempenhar bem. (Médico Jack)*

Para a enfermeira Jane, a relação de cuidado pressupõe envolvimento com a parte afetiva. Assim, se estabelece um conflito muito grande para a equipe: como se envolver sem ter as conseqüências do envolvimento? O apego ao paciente é a demonstração de envolvimento. As conseqüências para o servidor de ficar mal ou bem dependem fundamentalmente da evolução do quadro do paciente o que, muitas vezes, foge do controle dos profissionais.

*Tem casos e casos. Tem paciente que chega e você se apega. Você torce, a pessoa morre e você fica muito mal, fica triste, tem gente que até chora. Mas se dá certo, você fica feliz, fica amiga da pessoa, depois vai a casa dela.* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

O desgaste, segundo a técnica Cloe, também ocorre em razão da piora do quadro do paciente, do conhecimento da história e do convívio diário com o sofrimento do paciente.

*Emocional! Fico muito desgastada aqui, quando um paciente está consciente e você estabelece certo relacionamento e você chega e vê ele entubado isso meche com a gente, aí você vê que ele tem filho... Ninguém nos ensinou a lidar com essas emoções (...)* (Técnica de Enfermagem Cloe)

O horário da visita torna-se penoso para os servidores, visualizar a dor e o sofrimento dos familiares, gera muitos sentimentos dolorosos. Assim, são poucos os técnicos que ficam na UTI durante este período, geralmente vão para a copa, os que ficam procuram realizar outra atividade.

*(...) mas sempre tem um caso ou outro que me emociona. Às vezes tem que me controlar horário de visita, pra não ficar sofrendo muito. É uma coisa que me emociona muito, mas a partir do momento que chega uma mãe, uma irmã, um filho, que chega alguém assim... Pra mim é muito mais difícil, aí a gente já começa a visualizar a dor das pessoas.* (Técnica de Enfermagem Lisa)

Estes dados corroboram o estudo de Shimizu e Ciampone (2001). Os autores afirmam que a equipe de enfermagem confronta-se permanentemente com a realidade do sofrimento e/ou morte do outro, ressaltam a necessidade de ter que lidar com sentimentos contraditórios que lhes são depositados, tanto pelo paciente quanto pela família, ou seja, ser continente, suportar e elaborar o sofrimento.

Segundo Philippe Áries (1988), diante de situações que suscitam sensações angustiantes e de morte, as pessoas acabam tendo medo não da morte, mas do sofrimento e da dor que vêm com ela. É o que demonstra o discurso da técnica de enfermagem, o confronto com o medo do sofrimento. Prefere morrer a ter que sofrer para morrer.

*(...) porque pra gente é uma tortura, a pessoa ficar assim, meses e meses como tem um paciente aí que vai fazer um ano já, aí*



*querendo ou não, às vezes a gente vê que a pessoa não vai melhorar, se bem que a gente não sabe de nada, mas no momento você vê que a pessoa não tem perspectiva de vida, não tem como sair daquele quadro, aí... Pra gente a pessoa tá sofrendo demais aqui, eu, eu no meu caso eu, eu não queria. Preferia morrer.* (Técnica de Enfermagem Phoebe)

Os servidores se envolvem com pacientes mais jovens porque sabem que estes têm mais chance de receber alta, “sair”. Mesmo assim, o envolvimento com pacientes mais idosos é inevitável, mesmo porque o número de pacientes idosos é bem maior na UTI. No caso de pacientes mais idosos e com poucas possibilidades de melhora, muitas vezes, a morte é vista como o alívio do sofrimento tanto do paciente como para os servidores, pois o convívio com estes também é um sofrimento.

*Médio, a gente se envolve mais quando é paciente novo, mais jovem, agora quando a pessoa tá sofrendo muito, é idosa aí a gente não sente tanto, acha que é melhor até.* (Técnica de Enfermagem Lisa)

O impacto negativo no custo afetivo com relação ao paciente de UTI é sentido como alto. A forma como o servidor reage, também exige ainda mais do servidor. Jenifer (Técnica de Enfermagem) sente que não pode comentar sobre as coisas que acontecem no seu trabalho, procura não deixar que as pessoas vejam seu sofrimento.

*É um custo que não é muito pequeno não (...)*(Técnica de Enfermagem Jenifer)

Tanto as situações do contexto de trabalho demandam um custo afetivo alto, como também as próprias formas de lidar com as situações. O perfil do paciente parece ser a principal fonte do impacto negativo no custo afetivo no trabalho da equipe da UTI, pois gera uma contradição com a missão da UTI, da sua finalidade que é beneficiar a quem possa ser beneficiado, ou seja, salvar vidas! Desta forma, os servidores sentem-se exaustos. Schaufelli e Bunk (1996, apud Tamayo, 1997) informam que, comumente as pessoas com *burnout* sentem-se emocionalmente exaustas, vazias, presas e como se estivessem no seu limite. Geralmente os sintomas afetivos estão relacionados com a depressão (humor depressivo, desesperança, falta de ajuda e de significado) e com sentimentos de falha, insuficiência, impotência que comumente levam a uma pobre auto-estima, agressão, ansiedade e também comportamentos de forma hostil e desconfiada.

Ressaltamos que nos resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), o custo afetivo ficou entre os níveis nada exigido ou pouco exigido. Entretanto, não foi o que os dados da observação e das entrevistas demonstraram. Podemos inferir que a questão de custo afetivo é muito delicada. Até mesmo nos cursos de formação, tanto dos médicos, enfermeiras quanto técnicos de enfermagem a questão afetiva é quase que proibida. Assim, quando na atividade é

como se os profissionais não soubessem o que fazer, ninguém lhes ensinou a lidar com estas emoções. Teixeira-Costa (1997) ressalta a questão da inexistência de modelos profissionais habilitados para lidar com questões afetivas no trabalho, os professores de enfermagem, em sua maioria, ao longo dos cursos de formação, abordam apenas os cuidados clínicos e físicos. Outra hipótese é a de que os servidores já teriam elaborado algumas estratégias para lidar com o custo afetivo e que assim não ficaria muito evidente.

Todas as categorias profissionais apresentam agentes específicos como fontes de desgaste. Na área de saúde menciona-se a constante exposição à dor, à perda e à morte dos pacientes, assim como a falta de oportunidade para elaborar as experiências de perda. Assim, como seriam as formas destes profissionais lidarem com estas dificuldades? Quais seriam as estratégias adotadas?

**Estratégias de Mediação adotadas face ao Custo Afetivo da Atividade: “... com o tempo a gente tem endurecido sem perder a ternura. Eu acho...” (Médico Peter)**

Neste item focalizaremos as estratégias de mediações utilizadas para reduzir os efeitos do custo afetivo frente aos possíveis resultados da atividade: o viver e o morrer.

Quando o paciente vai à óbito o servidor pode adotar várias formas de lidar com a situação. Uma forma, expressada pelo médico Peter, é sendo duro e forte para passar a notícia aos familiares com tranqüilidade, ao mesmo tempo em que sente o pesar da situação. Passar a notícia de óbito aos familiares e acompanhar a situação que muitas vezes acontecem em meio ao desespero, tristeza e choro incontrolável é muito penoso para os servidores.

*Com o passar do tempo a gente tem....endurecido sem perder a ternura eu acho! Endurecer assim...morreu puxa é chato, mas você sente... Sente o pesar. Passar a notícia pra família é chato (...)* (Médico Peter).

Silva (2002) afirma que este endurecimento é utilizado como uma forma defensiva de lidar com as dificuldades no trabalho. Em função do endurecimento, os pacientes são vistos por estes profissionais de uma forma desumanizada, rotuladas negativamente.

A filosofia de vida quer seja própria, uma crença ou religião, auxilia a lidar com os aspectos relativos à morte. Ver a vida como um ciclo, no qual há início, meio e fim, talvez alivie um pouco a culpa ou o sentimento de impotência de não ter tido condições de fazer mais. Outra forma de pensar, que também representa um alívio ao impacto negativo do custo afetivo, está no dizer: “fizemos tudo que podíamos!”

*Naturalmente. Hoje naturalmente! A vida é um ciclo. Se a gente for... Esses dias eu liguei para uma colega que trabalha numa maternidade, nesse dia tinha dois óbitos aqui, tava chateado e aí ela falou que acabou de pegar dois nenéns. Morreram dois aqui, tem uma mão superfeliz ali! (Médico Peter)*

A questão de visão de vida ou filosofia foi apontada por Amorim e Turbay (1998) como sendo necessário para se compreender a natureza humana e as dinâmicas interpessoais que possam interferir no desempenho no trabalho. Assim, a filosofia desempenha um papel não somente de instrumento para o auxílio do entendimento do contexto de serviço, mas também de instrumento de intervenção nos espaços de trabalho.

Diferentemente dos médicos, os servidores da equipe de enfermagem apresentam maiores dificuldades para lidar com o óbito dos pacientes, talvez isso aconteça devido a maior proximidade do paciente. Os técnicos de enfermagem e os enfermeiros são os que mais expressam sofrimento com a morte. Guedes e Torres (1989, apud Silva 1991) em uma pesquisa sobre atitudes frente à morte na formação de equipes multiprofissionais, constataram que a equipe de enfermagem é a que mais expressa inquietação quanto aos aspectos da morte e do morrer. Às vezes, os trabalhadores desejam informação médica de um paciente mesmo no caso do diagnóstico de um paciente terminal. Para as autoras, esta contradição seria expressão de uma desarticulação entre o emocional e o cognitivo. A inquietação frente à morte nos leva a supor que talvez seja visto como algo que não há o que fazer, nem mesmo como amenizar o sofrimento.

*(...) tem casos e casos. Tem paciente que chega e você se apega. Você torce, a pessoa morre e você fica muito mal, fica triste. Tem gente que até chora (...)(Técnica de Enfermagem Phoebe)*

O que acontece dentro da UTI parece ser percebido como algo que não deve ser falado ou comentado. Isso é uma das “proibições” da formação dos profissionais de saúde.

*Quando vai à óbito, guardo pra mim, não uso falar. Engraçado isso! É uma coisa que até que me custa, porque o trabalho da UTI é um trabalho que você não pode... Não pode... Você normalmente você não chega em casa e fala: ‘nossa amor você não sabe o que me aconteceu hoje’. Não é? Sou meio durona, meio casca grossa, assim... Por fora né? Sempre fui assim, nunca deixei transparecer. Aquilo me afeta! Só que não deixo ninguém saber... É comigo tento resolver da minha maneira. O tempo passa... Eu esqueço (...)* (Técnica de Enfermagem Jenifer)

É como se esperasse que com o “silenciamento”, o sofrimento não afetaria sua vida. Então:

*o silêncio velado  
espera o tempo*

*encarregar-se de apagar o sofrimento  
com o esquecimento.*<sup>5</sup>

A forma que Phoebe tem de lidar com a morte dos pacientes é revivendo o convívio nos sonhos.

*Todos os pacientes que morrem aqui vão me visitar... Teve uma paciente que morreu, acho que tem uma semana, duas noites eu passei a noite inteirinha sonhando com ela. Aí eu rezo. Aí depois que reza, aí pára. (Técnica de Enfermagem Phoebe)*

Todos os aspectos do trabalho da equipe da UTI parecem desembocar no custo afetivo, pois todas as categorias temáticas abordadas influem, algumas mais diretamente, sobre os resultados da atividade. Os resultados do “cuidado” têm um peso muito grande, na medida em que lida com vidas humanas, o erro, o esquecimento, ou ainda a falta de material podem ter conseqüências desastrosas. Desta forma, as vivências de prazer e de sofrimento dos servidores da UTI “*dependem do sucesso ou do fracasso da sua atividade à medida que esta suscita um confronto permanente com o binômio vida e morte*” (Linhares, 1994, p.99). A própria natureza do trabalho destes profissionais, somado às questões do contexto maximiza o impacto negativo no custo afetivo, tornando-o crítico. Isto possibilita riscos de adoecimentos e vivências de mal-estar.

Benevides-Pereira (2002) afirma que a síndrome de *burnout* deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral, aparecendo quando falham as “estratégias funcionais” de enfrentamento que o sujeito pode empregar. Estas estratégias, segundo a autora se comportam como variável mediadora entre o estresse percebido e suas conseqüências. Assim, a equipe da UTI é uma população potencialmente propensa a desencadear tal *síndrome*, já demonstrando alguns sintomas. Urge a necessidade de medidas emergenciais e preventivas no contexto deste serviço.

---

<sup>5</sup> Produção literária da pesquisadora

## Conclusão

O presente estudo teve como objetivo investigar o Custo Humano da Atividade, as Estratégias de Mediação utilizadas pelos servidores da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e suas implicações para as vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho. Assim sendo, lançou-se mão de três questões norteadoras: a) como se caracteriza o contexto de serviços da UTI do Hospital? b) como se configuram os custos físico, cognitivo e afetivo nas atividades desenvolvidas na UTI do Hospital? c) quais as estratégias de mediação adotadas no desenvolvimento do trabalho? Os resultados obtidos pela pesquisa colocam em evidência um conjunto de problemas vivenciados pelos servidores.

A análise das três categorias temáticas (condições, organização e interações Socioprofissionais no Trabalho) evidencia a precariedade do contexto de serviço da UTI, tais como: falta de material, falta de suporte organizacional, falhas na supervisão das atividades dos técnicos, dificuldades no relacionamento entre colegas e com o paciente. Esta precariedade impacta negativamente no custo humano no trabalho (CHT), favorecendo assim, o surgimento de vivências de mal-estar e adoecimentos no trabalho. Diversas estratégias de mediação são adotadas em face das adversidades com relação às condições de trabalho. Seguem abaixo, respectivamente e na seqüência, as estratégias adotadas, e, no caso da falha de uma, utiliza-se a próxima, assemelhando-se a uma verdadeira “procissão”:

- ✓ “Canais normais” ou meio burocrático, por exemplo, a solicitação de medicamentos na farmácia;
- ✓ Antecipação dos problemas, ou seja, avaliação do contexto geral e elaboração antecipada de possíveis dificuldades no decorrer do plantão;
- ✓ Lista constando os materiais em falta no início do dia;
- ✓ Métodos de trabalho “mais antiquados”, ou seja, a utilização de recursos ultrapassados tecnologicamente para o auxílio no diagnóstico do paciente;
- ✓ O material é procurado em outros setores do hospital;
- ✓ O material é emprestado de outro setor;
- ✓ Ou ainda, quando é possível, o material é improvisado.

O trabalho na UTI é, muitas vezes, “organizado” pelo estado do paciente, pois são as necessidades deste estado que determina o que será feito e quando, corroborando com os estudos de Martin e Gadbois (2005). De certa forma, podemos dizer que, em muitos aspectos, a estruturação e dinâmica dos serviços prestados fogem do estrito controle dos servidores. Entretanto, nos aspectos relativos à atuação dos profissionais quanto à organização do trabalho existem falhas, como por exemplo,

a frágil supervisão realizada pelo enfermeiro com relação às atividades dos técnicos de enfermagem. Muitos técnicos não executam alguns procedimentos de forma satisfatória ou simplesmente não os executam, resultando num serviço precário para o paciente e indignação por parte de outros técnicos que, diante de tal situação tomam a iniciativa de realizar o trabalho que outro colega da equipe deveria ter executado. Isto gera sobrecarga e desgaste para os servidores, não resolvendo o problema e ainda assim, causando vivências de mal-estar.

O relacionamento sócio-profissional nem sempre é amistoso, o que, para o ambiente social do setor, é um fator negativo, pois, um bom relacionamento no trabalho funciona como um suporte social e proporciona vivências de bem-estar (Ferreira e Mendes, 2003). Já a ausência de um bom relacionamento implica, além da falta do suporte, na geração de vivências de mal-estar. Com relação à equipe, os servidores, principalmente os técnicos de enfermagem, adotam a estratégia defensiva de agir com agressividade, pois assim, reduzem o impacto dos sentimentos angustiantes corroborando com os estudos de Libouban (apud Silva, 1991). A agressividade não resolve o problema, contribui para agravar os conflitos e, ainda, para o incremento das vivências de mal-estar.

Quanto ao relacionamento com o paciente, os médicos se utilizam, principalmente, da racionalização para enfrentar tais situações, mudam os resultados esperados da atividade quando colocam que, além da restauração do quadro do paciente, a UTI é também um local para um óbito mais tranquilo. No caso da equipe de enfermagem, há maiores resistências quanto à esta concepção. Aqui, a agressividade aparece como um sintoma e não como uma defesa, como no caso dos relacionamentos entre colegas. Quando o paciente recebe alta da UTI, os servidores adotam a estratégia de buscar informações sobre seu estado de saúde. Procuram em outros setores e até em outros hospitais por notícias do paciente, é como se fosse o desejo de reconhecimento pelo trabalho desempenhado, para verificarem se “valeu a pena” o esforço em ajudar aquele paciente.

A análise dos resultados aponta aspectos críticos que, globalmente, permite afirmar que há o aumento dos impactos negativos no Custo Humano do Trabalho. Na categoria do custo físico, a sobrecarga para a equipe de enfermagem é o fator principal de desgaste. Os servidores queixam-se de dores no copo, nos braços e principalmente nas costas. Um agravante ao custo físico é o fato da maioria dos servidores terem mais de um vínculo empregatício. Para enfrentar tal desgaste, os servidores adotaram algumas estratégias que têm repercussões para outros colegas do setor e muitas vezes, provocam conflitos e vivências de mal-estar. Assim, os servidores:

- ✓ Diminuem o ritmo de trabalho;
- ✓ Trocam de escala;
- ✓ Tiram licenças.

Na categoria do custo cognitivo, a análise dos resultados enfatiza a alta exigência para os três tipos de profissionais. Evidencia assim, o caráter complexo do exercício das atividades e a necessidade de se ter um ambiente tranquilo, no qual os servidores possam ter condições para concentrar-se na execução das tarefas, pois os erros podem ter conseqüências deletérias.

Com relação à categoria custo afetivo, o vínculo estabelecido entre paciente e profissional parece ser uma grande fonte de impacto negativo. Entretanto, como cuidar sem se envolver? O não envolvimento traz sofrimento, porém, o envolvimento também. Pitta (1999) afirma que, no contexto hospitalar, cabe ao servidor produzir uma homeostasia entre a vida e a morte, entre a saúde e a doença, e entre cura e óbito, o que tende a transcender suas possibilidades pessoais de administrar o trágico. Segundo Áries (1988), existem duas maneiras de morrer mal: uma seria procurar intercâmbio de emoções com quem fica, e a outra, a recusa na comunicação desta emoção. Desta forma, estaríamos por conseqüência, num impasse onde, quer o excesso de comunicação entre doente e o profissional, quer a escassez, estariam determinando uma situação embaraçosa e mobilizadora de conteúdos afetivos contraditórios (Pitta, 1999).

O desgaste afetivo ocorre devido ao acompanhamento do quadro do paciente, no confronto com o medo do sofrimento e da morte. Toda a equipe da UTI demonstra o desgaste afetivo, um médico afirmou que fica de “ressaca afetiva” após um plantão na UTI. Os servidores tentam desenvolver estratégias para lidar com a situação, no entanto, parece que não há o que fazer diante do óbito, não há como reverter a situação. A própria forma de lidar com o óbito também gera desgaste, pois não é completamente eficaz. Destacamos então, as principais estratégias de mediação adotadas pelos membros da equipe:

- ✓ Se envolver mais com pacientes mais jovens, na medida em que estes têm maiores possibilidades de receberem altas;
- ✓ Visão da morte como alívio do sofrimento;
- ✓ Mesmo em situações nas quais não há o que fazer, dizer que ainda há esperança;
- ✓ Endurecimento no trato com as pessoas para não entrar em contato com sentimentos que geram angústia;
- ✓ Ver a vida como um ciclo e que nascer e morrer faz parte da vida;
- ✓ Diante do óbito, ter consciência de que foi feito tudo o que estava ao seu alcance;

- ✓ O silêncio na espera do esquecimento das situações e da pessoa falecida; e
- ✓ Reviver o convívio em sonhos como forma de reduzir os efeitos negativos do custo afetivo.

A análise dos resultados da pesquisa evidencia a dificuldade dos servidores elaborarem estratégias adequadas no confronto com as situações de trabalho, uma vez que há alguns aspectos do trabalho que fogem ao estrito controle do servidor. Assim: “Enquanto há vida, há esperança!” representa uma das formas de se lidar com estas situações, demonstra a impotência do servidor face ao quadro de saúde do paciente e a busca por amenizar o impacto das vivências de mal-estar. Como Prado (2005) tão bem colocou em seu trabalho: o foco tem que ser no atendente para se chegar ao cidadão. Neste contexto, o foco tem que ser no servidor para se ter melhor qualidade do atendimento, ou seja, para se atingir o cidadão. Ações que promovam vivências de bem-estar do servidor deveriam ser as primeiras ações de humanização dentro dos serviços de saúde.

Esta investigação trouxe um aspecto original que foi a análise de uma equipe de UTI. A maioria dos estudos realizados se refere somente a uma categoria profissional. Desta forma, os dados coletados nos permitem verificar as diferentes percepções e os pontos convergentes, trazendo também contribuições para os segmentos: institucional, social e acadêmico.

No plano institucional e social, a contribuição está em oferecer recomendações, que visam reduzir os efeitos negativos do Custo Humano, favorecendo o desenvolvimento de vivências de bem-estar. Estas ações indiretamente beneficiam o cidadão usuário, na medida em que os servidores poderão estar mais aptos a oferecer um atendimento mais atencioso e mais humano. Do ponto de vista acadêmico, contribui para a produção de conhecimentos na área de UTI.

Em virtude das exigências impostas aos servidores no desempenho de suas atividades na UTI, um conjunto de recomendações foi elaborado buscando-se contribuir para que a instituição e para que o setor promovam melhorias:

Quanto às condições de trabalho:

- ✓ Manutenção de equipamentos em geral, principalmente camas e carrinho de primeiros socorros;
- ✓ Troca do aparelho de ar condicionado; e
- ✓ Incremento no quantitativo de pessoal

Quanto à organização do trabalho:

- ✓ Atualização do manual com a inclusão de rotinas e procedimentos que ainda não constam;
- ✓ Padronização de algumas normas para a equipe de UTI;



- ✓ Realização de reuniões de trabalho com a equipe da UTI;
- ✓ Articulação entre as atividades de todos que atuam na UTI e no hospital;
- ✓ Capacitação dos enfermeiros quanto à gestão de pessoa;
- ✓ Incentivo para educação continuada e reciclagem;

Quanto às interações socioprofissionais:

- ✓ Orientações para os técnicos de enfermagem quanto a atitudes e comportamentos dentro da UTI;
- ✓ Espaços de discussões sobre a atividade para os servidores, nos quais possam ser abordados aspectos que sejam delicados na atividade com seres humanos;
- ✓ Acompanhamento psicológico individual e em grupo.

Naturalmente, o desenvolvimento deste estudo encontrou alguns limites.

Estes estão abaixo relacionados:

- ✓ A participação do pesquisador no ambiente de estudo, ao mesmo tempo em que é um fator positivo, pode ter causado alterações quanto às percepções, tomada de notas e perdas de dados, por estar também comprometido com suas atividades profissionais no mesmo ambiente;
- ✓ A interrupção na fase final de coleta de dados em razão da necessidade de se realizar ajustes no prazo de entrega da pesquisa, impossibilitando assim, a realização da observação sistemática da atividade;
- ✓ A temática é delicada para os servidores, o que pode ter resultado na não explicitação de todos os sentimentos e emoções quando na presença do pesquisador.

A pesquisa possibilitou gerar uma agenda de pesquisa na perspectiva de estudos futuros:

- ✓ Cotejar Ergonomia e Psicodinâmica do Trabalho utilizando dados de todas as escalas do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA);
- ✓ Aprofundar o estudo no setor de UTI's buscando identificar as nuances entre os turnos diurno e noturno;
- ✓ Envolver os diretores e gestores do hospital nos estudos, buscando a integrar a visão de dirigentes para uma melhor compreensão do objeto de estudo.

Fica aqui a expectativa de que este estudo possa contribuir para colocar em evidência as exigências impostas aos servidores públicos hospitalares, servindo como alerta e demonstrando a necessidade de medidas emergenciais para o setor.

## Referências Bibliográficas

- Abrahão, J. I (1999). *Ergonomia: Modelo, Métodos e Técnicas*. Brasília: UnB.
- Abrahão, J. I.; Pinho, D. L. M. (2002). *As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia*. Estudos de Psicologia de Natal. Natal, v. 7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 fev.2006.
- Abrahão, J. I.; Torres, C. (2005). *Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade*. Rev. Produção, v. 14, n. 3, p. 67-76.
- Alexandre, N. M. C., (1998). *Ergonomia e as atividades ocupacionais da enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 84-90.
- Alexandre, N. M. C.; Silva, F. B.; Rogante, M. M., (2001). *Apparatos utilizados en la movilización de pacientes: un enfoque ergonómico*. Temas de Enfermería Actualizados, Buenos Aires, v. 9, n. 43, p. 19-23.
- Amorin, C.; Turbay, J. (1998). *Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout*. Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO. Curitiba, 18-20 de setembro, p. 70.
- Antunes, R. (2000). *Os sentidos do trabalho*. Boi tempo editorial: São Paulo.
- Anuário Estatístico da Previdência Social, (2004). *Ministério da Previdência e Assistência Social*. Brasília. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em 20 de março de 2006.
- Áries, P.,(1988). *Sobre uma história da morte no Ocidente, desde a Idade Média*. Lisboa, Teorema.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (L.A. Reto e A. Pinheiro trad) Lisboa: Edições 70, 3º ed.
- Benevides-Pereira, A.M.T. (org), (2002). *Burnout: quando o Trabalho Ameaça o Bem-estar do Trabalhador*. Sp: Casa do Psicólogo.
- Borges, L de O. (2005). *Pósfácio: O que fazer com os nossos resultados de pesquisa?* In: Borges, L.de O. (org), Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.313-318.
- Borges, L. de O.; Tamayo, A.; Filho, A. A. (2005). *Significado do trabalho entre os profissionais de saúde*. In: Borges, L.de O. (org), Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.313-318.
- Canini, S. R. M. da S.et al (2002). *Needlestick injuries among nursing staff members at a university hospital in the interior of São Paulo State*. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 10, n. 2. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2006.
- Cardoso, M. H. C.de A. (1999). *História e medicina: a herança arcaica de um paradigma*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, VI(3): 551-575.
- Castelar, R. M.; Mordelet, P. & Grabois, V., (orgs), (1995). *Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Cooperação Brasil - França: ENSP.

- Codo, W; Vasques-Menezes, I. (2000). *O que é Burnout?* In: Educação Carinho e Trabalho. Codo, W. org. RJ: Vozes; p.237-254.
- Codo, W; Batista, A. S. (2000). O outro como produto. In: Educação Carinho e Trabalho. Codo, W. org. RJ: Vozes; p.384-389.
- Daniellou, F., Laville, A. & Teiger, C. (1989). *Ficção e realidade do trabalho operário*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 17, n. 68. São Paulo: Fundacentro.
- Ferreira, M. C. (2003). *O sujeito forja o ambiente, o ambiente "forja" o sujeito: mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade*. In: Ferreira, M. C.; DAL Rosso, S. (orgs), (2003). A regulação social do trabalho. Brasília: Paralelo 15, p. 21-46.
- Ferreira, M. C.; Freire, O. N. (2001). *Carga de trabalho e rotatividade na função de frentista*. Revista de Administração Contemporânea – RAC, Curitiba – PR, v. 5, nº 2, p. 175-200.
- Ferreira, M. C.; Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Edições LPA, 156p.
- Filho, L. S. (1966). *Pequena História da Medicina Brasileira*. São Paulo: São Paulo Editora S.A.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense, Universitária, 5º ed.
- França, A. C. L.; Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Freitas, C. M. de (2003). *Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais*. Ciências da Saúde coletiva, vol.8, nº1. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- Gallachi, C. H.; Alexandre, N. M. C. (2003). *Avaliação dos riscos ergonômicos durante a movimentação e transporte de pacientes em diferentes unidades hospitalares*. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 252-260.
- Gaskell, G. (2002). *Entrevistas Individuais e Grupais*. In: Bauer, M. W.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, p. 189-217.
- Garrido, A. G; Moritz, R. D. (1999). *A poluição sonora dentro da terapia intensiva*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva; 11 (1):7-9.
- Guerin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o Trabalho para Transformá-lo: A Prática da Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher.
- Gurgueira, G. P. ; Alexandre, N. M. C. ; Correa Filho, H. R. (2003). *Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto - SP, v. 11, n. 5, p. 608-613.
- lida, I. (2005). *Ergonomia: projeto e Execução*. SP: Edgard Blücher, 2º ed.
- Junior, J. H. V. L.; Ésther, A. B., (2001). Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Revista de Administração de Empresas. Jul/set., v.41, nº3, p.20-30.
- Laville, A. (1977). *Ergonomia*. Tradução Márcia Maria Neves Teixeira. SP: EPU.

- Linhares, N. J. R., (1994). Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro: um estudo na UTI de um hospital público-Df. Dissertação de Mestrado. Brasília, UnB.
- Martin, Ch. e Gadbois, C. (2004). *L'ergonomie à l'hôpital*. In: Falzon, P. (org.), Ergonomie. Paris : Presse Universitaire de France. p. 603-620.
- Marziale, M. H. P. (2001). *Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, nº3. Disponível em: : <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 de abril de 2006.
- Marziale, M. H. P.; Rodrigues, C. M. (2002). The scientific production on occupational accidents with needlestick materials among members of the nursing team. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 10, n. 4. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2006.
- Maslach, C. (2005). *Entendendo o Burnout*. In: Rossi, A. M.; Perrewé, P.L.; Sauter, S.L. (orgs). Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. SP: Atlas, p.41-55.
- Menegon, V.M. (1999). *Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano*. In: Spink, M.J. (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. SP: Cortez.
- Metzner, R. J.; Fischer, F.M. (2001). Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. Revista de Saúde Pública, vol.35, n.6. São Paulo. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em 30 de março de 2006.
- Minayo, M. C. de S (Org.), (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 10ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Morin, E. (1999). *O Método: 3. O Conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina.
- Nishide, V. M.; Benatti, M. C. C ; Alexandre, N. M.C. (2004) . Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Revista Latino Americana de Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):204-11.
- Nicolescu, B. (org.), (2000). *Educação e Transdisciplinaridade*. Brasília: UNESCO.
- Nogueira, R. P. (1993). *A Gestão da Qualidade Total e os Serviços de Saúde: conceitos, crítica e princípios*. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, ENSP / FIOCRUZ.
- Nozawa et al (2002). *Aspectos Relacionados à Equipe*. In: Orlando, J.M. UTI, Muito além da Técnica... a Humanização e a arte do Intensivismo. SP: Atheneu, p.03-07.
- Orlando, J. M. (2002). *Aspectos relacionados à equipe*. In: Orlando, J.M. UTI, Muito além da Técnica... a Humanização e a arte do Intensivismo. SP: Atheneu, p.08-40.
- Othero e Costa (2002). Paciente não reanimável e paciente de suporte mínimo. In: Orlando, J.M. UTI, Muito além da Técnica... a Humanização e a arte do Intensivismo. SP: Atheneu, p.195-197.
- Parada, E. O.; Alexandre, N. M. C.; Benatti, M. C. C. (2002). *Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-69.

- Pereira, R. P. et al (2003). *Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, v.69, nº 6. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 de junho de 2006.
- Pinho, D. L. M.; Abrahão, J. I.; Ferreira, M. C., (2003). *As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Março-abril, 11(2): 168-76.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital Dor e Morte como Ofício*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC.
- Prado, D.I.do. (2006). *“O Foco é no cidadão e o atendente como fica?”*. *Estudo Longitudinal das representações dos atendentes sobre o Contexto e Custo Humano da Atividade que impactam na Qualidade de Vida no Trabalho de um setor governamental*. Dissertação de Mestrado; Brasília: UnB.
- Ribeiro, H. P. (1993). *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez.
- Rocha, R. M.; Rossi, C. G.; Alexandre, N. M. C. (2001). *Central de transporte de pacientes em hospital: um estudo postural e ergonômico*. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 125-131.
- Rossi, A. M. (2005) Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: Rossi, A. M.; Perrewé, P.L.; Sauter, S. L. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectiva atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas.
- Schraiber, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho*. São Paulo: Hucitec.
- Shimizu, H.E.; Ciampone, M.H.T. (1999). *Sufrimento e Prazer no Trabalho Vivenciado pelas Enfermeiras que Trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital Escola*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo – SP, vol 33, março 1999.
- Silva, F.P.P.da (2002). *Burnout: Um Desafio à Saúde do Trabalhador*. Revista de Psicologia Social e institucional, jun. Disponível em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista>. Acesso em 08 de fevereiro de 2006.
- Silva, M. H. F., (1991). *A (de) negação da morte no contexto hospitalar: um estudo teórico clínico*. Dissertação de Mestrado. Brasília. UnB.
- Silva, V. F.; Argolo, J. C. T.; Borges, L. O., (2005) Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. In: Borges, L. O. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, A.T. de (1996). *Curso de história da Medicina: das origens ao fins do séc XVI*. Lisboa: Serviço de Educação – Fundação Clouste Gulbenkian, 2ªedição.
- Spink, M.J. (org.), (1999). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. SP: Cortez.
- Stacciarini, J. M. R.; Troccoli, B. T. (2001). The stress in nursing professional. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 25 de março de 2006.
- Tamayo, M. R., (1997). *Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado. Brasília, UnB.

- Tamayo, M. R.; Argolo, J. C. T.; Borges, L. de O. (2005). *Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal*. In: Borges, L.de O. (org), Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.223-246.
- Teixeira-Costa, L. A. (1997). Situações vida-morte: participação do enfermeiro. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro.
- Torres, C. (2001). A atividade nas centrais de atendimento: Outra realidade, as mesmas queixas. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Vila, V.S.C.; Rossi, L.A. (2002). *O significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito Falado e Pouco Vivido"*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, mar/abr. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 de fevereiro de 2006.
- Wisner, A. (1994). *A Inteligência no Trabalho: Textos selecionados de Ergonomia*, SP: Fundacentro, 1994.

## ANEXO 1

Leia os itens abaixo e responda-os de acordo com sua opinião. Siga as instruções fornecidas abaixo. Marque o número que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Sempre

1. O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
2. As tarefas são cumpridas sob forte pressão temporal	1	2	3	4	5
3. A cobrança por resultados é presente	1	2	3	4	5
4. As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
5. Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
6. O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
7. Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
8. As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
9. A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
10. A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
11. Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
12. Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinado	1	2	3	4	5
13. Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
14. Existe individualismo no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
15. Existem conflitos no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
16. A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
17. Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
18. As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5
19. O bem-estar dos funcionários não é uma prioridade	1	2	3	4	5
20. As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
21. O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
22. Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
23. O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
24. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
25. O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5
26. Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
27. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
28. As condições de trabalho oferecem riscos de acidente	1	2	3	4	5

Agora, você vai avaliar itens que podem aparecer como ***exigências decorrentes do seu contexto de trabalho***. Marque o número que melhor corresponde à intensidade com a qual você percebe o grau dessas exigências.

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

1. Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
2. Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
3. Ter custo emocional	1	2	3	4	5
4. Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
5. Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
6. Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
7. Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
8. Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
9. Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
10. Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
11. Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
12. Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
13. Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
14. Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
15. Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
16. Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
17. Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
18. Usar a memória	1	2	3	4	5
19. Ter custo mental	1	2	3	4	5
20. Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
21. Ter concentração mental	1	2	3	4	5
22. Usar a força física	1	2	3	4	5
23. Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
24. Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
25. Caminhar	1	2	3	4	5
26. Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
27. Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
28. Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
29. Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
30. Usar as mãos de forma repetidas	1	2	3	4	5
31. Subir e descer escadas	1	2	3	4	5



A seguir, você vai responder itens referentes às **vivências positivas e negativas em relação ao seu trabalho atual**. Assinale de acordo com a escala, o número que melhor corresponde à frequência com a qual **você** experimenta cada uma delas no seu dia-a-dia.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Sempre

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

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

1	2	3	4	5
Nada Presente	Pouco Presente	Mais ou Menos Presente	Muito Presente	Totalmente Presente

1. Dores no corpo	1	2	3	4	5
2. Dores nos braços	1	2	3	4	5
3. Dor de cabeça	1	2	3	4	5
4. Distúrbios respiratórios	1	2	3	4	5
5. Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
6. Dores nas costas	1	2	3	4	5
7. Distúrbios auditivos	1	2	3	4	5
8. Alterações do apetite	1	2	3	4	5
9. Distúrbios na visão	1	2	3	4	5
10. Alterações do sono	1	2	3	4	5
11. Dores nas pernas	1	2	3	4	5
12. Distúrbios circulatórios	1	2	3	4	5
13. Tristeza	1	2	3	4	5
14. Irritação com tudo	1	2	3	4	5
15. Derrotismo	1	2	3	4	5
16. Perda da autoconfiança	1	2	3	4	5
17. Dificuldades nas relações familiares	1	2	3	4	5
18. Perda do autocontrole	1	2	3	4	5
19. Desinteresse pelas pessoas em geral	1	2	3	4	5
20. Dificuldade de ter amigos	1	2	3	4	5
21. Dificuldades para tomar decisões na vida pessoal	1	2	3	4	5
22. Amargura	1	2	3	4	5
23. Sensação de vazio	1	2	3	4	5
24. Sentimento duradouro de desamparo	1	2	3	4	5
25. Insensibilidade em relação às pessoas	1	2	3	4	5
26. Dificuldades nas relações afetivas	1	2	3	4	5
27. Isolamento social	1	2	3	4	5
28. Imagem negativa de si mesmo	1	2	3	4	5
29. Dificuldades na vida social	1	2	3	4	5
30. Agressividade desmedida	1	2	3	4	5
31. Choro sem razão aparente	1	2	3	4	5
32. Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5

**Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:**

**Idade:** \_\_\_\_\_anos

**Gênero:**  Masculino  Feminino

**Escolaridade:**

Ensino Fundamental (1º Grau) Incompleto

Ensino Fundamental (1º Grau) Completo

Ensino Médio (2º Grau) Incompleto

Ensino Médio (2º Grau) Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

**Estado Civil:**

solteiro(a)  casado (a)  divorciado/separado (a)  viúvo (a)

vive maritalmente/ amigado

Cargo atual: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na Secretaria de Saúde:  anos  meses

Tempo de serviço no Hospital de Sobradinho (HRS):  anos  meses

Tempo de serviço na UTI:  anos  meses

Quantas horas trabalha por dia na UTI do HRS:  horas

Quantas horas trabalha por semana na UTI do HRS:  horas

Afastamentos do trabalho no ano passado por problemas de saúde:

Nenhum  Entre 1 e 3  Mais de 3

Tem outra atividade profissional: Sim  Não

Se SIM, quantas horas por dia:  horas quantas horas por semana:

Fuma:  Sim  Não

Pratica atividades físicas?

Nunca  Raramente  Frequentemente

## ANEXO 2

### Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

#### Informações Preliminares ao Entrevistado(a)

- ✓ Agradecimento
- ✓ Apresentação
- ✓ Objetivos da Entrevista
- ✓ Autorização de gravação
- ✓ Interrupção possível
- ✓ Tratamento e divulgação dos dados
- ✓ Sigilo das informações: pessoas, cargos, funções.
- ✓ Há dúvidas, questões?

#### Dados de Identificação da Entrevista e do Entrevistado

Dia ___/___/2006		Hora	Duração	Turno	Observação	
Nome (iniciais)	Gênero	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Trabalho	
					Na Profissão	Na UTI do hospital

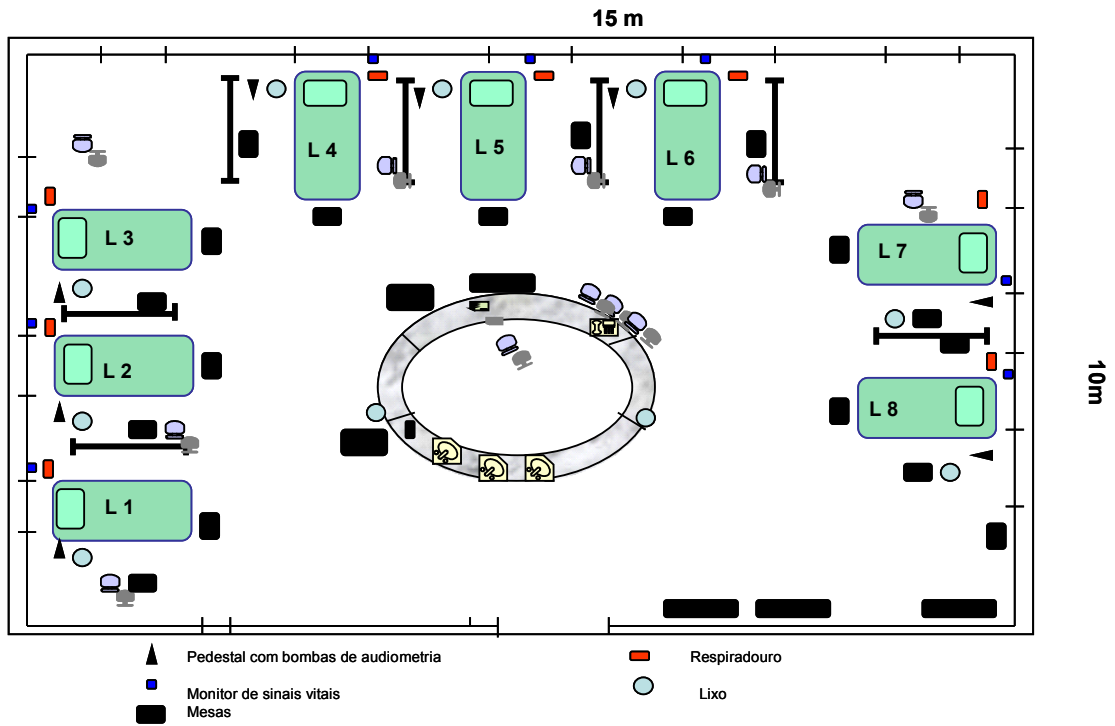
#### Questões

1. O que é uma UTI pra você?
  2. Como é um dia típico de trabalho seu?
  3. Quais as principais dificuldades encontradas em termos de Condições de trabalho? Como você lida com isso?
  4. Quais as principais dificuldades encontradas em termos de Organização do Trabalho? Como você lida com isso?
  5. Quais as principais dificuldades encontradas em termos de Interações Socioprofissionais? Como você lida com isso?
  6. Como é o Custo Humano no Trabalho? Nas dimensões física, cognitiva e afetiva? Como você faz para lidar com este Custo?
  7. O que mais lhe causa bem-estar? Como você lida com estas situações?
  8. O que mais lhe causa mais mal-estar? Como você lida com estas situações?
  9. Sugestões
- Antes de encerrar a entrevista, gostaria de saber se você tem alguma dúvida sobre a pesquisa?

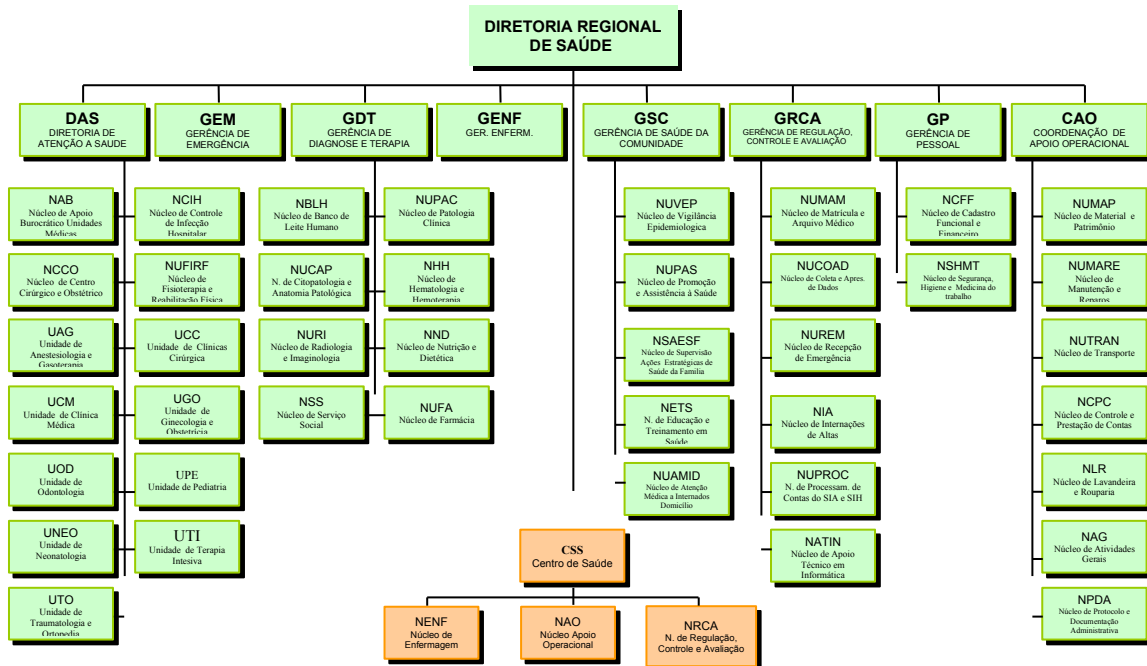
**Obrigado(a).**

# ANEXO 3

## Layout da UTI



# ANEXO 4



## ANEXO 5

### Rotinas diárias do Enfermeiro

Nº	Rotina
1	Colher gasometria arterial às 7 horas da manhã ou quando houver necessidade;
2	Realizar curativos após o banho;
3	Aprazar prescrição médica assim que estiverem prontas;
4	Conferir e repor o carro de parada;
5	Fazer a evolução de enfermagem a cada plantão;
6	Fazer prescrição de enfermagem no plantão noturno;
7	Guardar excesso de formulários de enfermagem no prontuário;
8	Realizar controle de psicotrópicos;
9	Realizar relatório a cada plantão anotar intercorrências;
10	Fazer controle de visitas;
11	Fazer controle da temperatura da geladeira de medicação;
12	Trocar circuito dos respiradores;
13	Conferir bombas de infusão;
14	Conferir antibióticos antes da passagem do plantão.

### Rotinas diárias dos Técnicos de Enfermagem

Nº	Rotina
1	Realizar banho no leito de todos os pacientes; (manhã)
2	Trocar máscara de nebulização, umidificador após o banho; (manhã)
3	Fazer desinfecção e/ou limpeza do leito;
4	Trocar frasco de aspiração orotraquel;
5	Trocar o equipo de soros;
6	Conferir e atualizar as bombas de infusão;
7	Esvaziar e anotar os drenos;
8	Checar a prescrição de enfermagem;
9	Realizar anotação de enfermagem a cada intercorrência.