



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações –
PSTO

**Organização do Trabalho e Vivências de Prazer e
Sofrimento em Profissionais de Enfermagem de
Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Comparativo
entre Hospitais com e sem Certificado de Qualidade**

Vitor Barros Rego

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Magnólia Mendes

Brasília, agosto de 2009



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações –
PSTO

Organização do Trabalho e Vivências de Prazer e Sofrimento em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Comparativo entre Hospitais com e sem Certificado de Qualidade

Vitor Barros Rego

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Magnólia Mendes

**Brasília
2009**

Banca Examinadora

Professora Doutora Ana Magnólia Mendes

Presidente da Banca
Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações – Universidade de Brasília

Professor Doutor Marcus Vinícius Soares Siqueira

Examinador
Departamento de Administração – Universidade de Brasília

Professora Doutora Ana Lúcia Galinkin

Examinadora
Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações – Universidade de Brasília

Professor Doutor Mário César Ferreira

Suplente
Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações – Universidade de Brasília

*“Se não houvesse fantasia e imaginação, o homem, assim como o animal, ficaria cativo no presente e nas coisas; não existiria nem realidade, nem verdade”
(D. Lagache)*

Agradecimentos

Agradeço a todos que participaram direta e indiretamente deste percurso de dois anos de pesquisa e estudos. À minha orientadora e mentora, Ana Magnólia, que em muito ajudou a delinear este trabalho, com quem estudo desde 2002 e com a qual tive a oportunidade de estar próximo a análises críticas sobre as relações de trabalho no Brasil, algo que em muito estava (e ainda está) em falta no país.

Ao professor Marcus Vinícius, não somente pelo exame, mas também pelas discussões e incentivos de pesquisa.

À professora Ana Lúcia Galinkin, que gentilmente aceitou participar da banca examinadora deste estudo.

Um agradecimento especial à minha esposa, Suely, que esteve ao meu lado nos momentos de maiores dificuldades para conclusão deste trabalho e também nos bons momentos de nossa convivência. Uma nova etapa aberta para curtimos mais momentos de cumplicidade, aprendizados e felicidades. À grande colega Juliana Nunes, que trouxe boas conversas, diversão e “um jeitinho especial de falar”. Não será esquecido o esforço de estar junto em todos os momentos.

Aos familiares, principalmente pais, irmãos e sobrinhos, que sempre me apoiaram, cada um de sua forma, e me instigaram para que este trabalho pudesse ter se início. Aos colegas de faculdade e de vários anos que, pacientemente, estiveram ao meu lado todo tempo e compreenderam a “alienação” que o estudo prescreve.

Aos colegas de estudos Emílio Facas, Vinícius Lima, Adalberto Junior, Felipe Anjos, Suzana Cañez, João Batista, Elizabeth Rossi, Luciane Araújo, Cristiane Busato, Matheus Tafuri, Mariah Moura. São pessoas que aprofundaram as discussões e engrandeceram o alcance deste estudo.

Aos participantes desta pesquisa, que prontamente se dispuseram a contribuir e expor suas vivências de trabalho, mesmo arriscando falar de questões que poderiam colocar em jogo sua saúde mental. Agradeço também aos profissionais envolvidos para que as entrevistas acontecessem (enfermeiros-chefe e profissionais de comitês de ética internos).

À Isabelle Gernet, professora da Université de Lille (França), pelas discussões acerca de referenciais em psicodinâmica, e à professora do Centro Universitário Metodista IPA de Porto Alegre, Daiane Dal Pai, pela forte ajuda no conteúdo em enfermagem e discussões sobre o estudos de prazer e sofrimento na categoria.

Por fim, agradeço aos alunos que tive no decorrer destes dois anos, tanto na Universidade Católica de Brasília, quanto os da turma de Psicologia Aplicada à Administração da UnB. As aulas foram ótimas oportunidades para discutir com eles e receber suas percepções acerca dos conceitos estudados aqui, constituindo um ótimo espaço de aprendizagem mútua.

Resumo

O trabalho da enfermagem em UTI tem sido bastante explorado, porém, sua inserção na iniciativa privada tem sido pouco abordada. Estudos neste tipo de iniciativa são incipientes, ao contrário dos realizados na saúde pública. Estudos que envolvessem prazer-sofrimento e modelo de qualidade total não foram encontrados, apesar deste modelo na área de saúde ser explorado tanto de forma explicativa quanto de exaltação do uso desta ferramenta. Portanto, este estudo, de exploração inovadora, objetiva comparar as organizações de trabalho e vivências de prazer e sofrimento de profissionais de enfermagem de UTI de hospitais com e sem certificado de qualidade. Como objetivos específicos, busca descrever as organizações de trabalho de cada UTI estudada e as respectivas vivências de prazer e sofrimento. Utiliza, como amparo teórico, a psicodinâmica do trabalho. Nesta, a certificação de qualidade é vista como parte de uma avaliação do trabalho que envolve os processos da entidade certificadora. Critica no que tange aos parâmetros de avaliações individualizadas, que justificam criação de manuais que engessam o trabalho daquele inserido em tal organização de trabalho. Ainda, critica os modos de conquista destes certificados e as possíveis repercussões na exacerbação da discrepância entre prescrito e real de trabalho. Dois hospitais privados do Distrito Federal participaram do estudo, sendo um com certificado de qualidade e outro sem. Cada hospital foi representado por um grupo de profissionais de enfermagem de UTI entrevistados. As entrevistas foram transcritas e analisadas com base na Análise de Núcleo de Sentido. Para cada entrevista, identificou-se três núcleos. Os achados científicos remetem a uma organização de trabalho que exerce pressão para um trabalho da enfermagem mais submisso a orientações institucionais do que a orientações éticas da profissão. Estas metas exigidas pela organização do trabalho interferem no modo de vivenciar o prazer e sofrimento e de mediar este sofrer. Foi identificado, de modo geral, que faz parte da organização do trabalho do hospital certificado, além do cuidar, a satisfação do cliente que, muitas vezes, está na frente dos preceitos éticos da profissão. No não-certificado, existe preocupação maior com a assistência prestada aos pacientes. O processo de certificação foi concebido como uma estratégia perversa da organização do trabalho, em que a função dos certificados busca boa imagem publicitária e fidelidade de pacientes/clientes e funcionários. Além disso, é uma estratégia que impõe prazer e qualidade, mas que, na prática, apresentam contradições e exigências burocráticas que valorizam a produção e impedem que o sofrimento seja enunciado. Percebeu-se melhor estrutura de coletivo de trabalho no hospital que adota a sistematização da assistência da enfermagem em detrimento das sistematizações para ganhar o certificado, pois prescreve orientações que atendem às necessidades dos cuidados de enfermagem no real de trabalho, permitindo vivência de liberdade no trabalho e de reconhecimento. Portanto, sugere-se que este modo de organizar o trabalho em enfermagem possa ser explorado nas unidades de enfermagem de forma a atender objetivos de trabalho e, não, da produção. Conclui-se que o estudo alcançou seus objetivos e se sugere que a temática da certificação de qualidade seja explorada em demais estudos, utilizando teorias críticas do trabalho como referencial, dentre elas a Psicodinâmica do Trabalho.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho. Certificado de Qualidade. Enfermagem na UTI.

Abstract

The nursing work in intensive therapy unity has been studied a lot, but not as much as at particular hospitals. Studies evolving pleasure-suffering at work and total quality model were not found, even though researchers are more stimulated to glorify its results. Therefore, this survey searches to compare work organizations and experiences of pleasure and suffering of nursing professionals at ITU from hospitals with and without quality certification. As specific objectives, seek to describe the work organizations in each unity and their experiences of pleasure and suffering. It is used, as theoretical support, work psychodynamic. For this theory, the quality certification is a process of evaluation of the activities prescribed by certification organizations. The individuals evaluations are criticized, becoming trivial publication of manuals that make workers severed to these manuals, having great discrepancy between real and prescribed work activities. Yet, it is doubtful the way is conquered the certification of quality. Two hospitals participated in this research, one with quality certification and the other, without. In each hospital, a group of nurse professionals was interviewed. The interviews were transcribed and analyzed using the Core Judgment Analyse. Three cores were founded in each interview. The results demonstrated that the work organization of these professionals is submitted to great pressure and more to institutional orientations than to ethical ones. This pressure interferes in the way of feeling pleasure and suffering at work and the strategy to surpass this suffering. In the quality certificated hospital, is inherent to satisfy the client before taking the right cares. At the one without certification, the preoccupation is to loan nursing care. The certificating process was identified as a perverse strategy of the work organization, when its objective is to promote good public image and loyalty from clients and workers. Besides, it is a strategy that implies pleasure and quality, however shows contradictions and formal orientations that value the production and hide the suffering that is inherent at work. Better collectivity was found at the non certificated hospital interviewed, which adopt the Nursing Assistance Systematization. This method is more approached to the real work of nursing, providing liberty and recognize for the professionals. Though, it is suggested the use of this systematization in this unity, which work objectives are attempted, in despite of only the production. Concluding, this study reached the objectives and it is suggested that more researches emerge with the quality certification topic, specially by critical theories, like work psychodynamic.

Keywords: Work Psychodynamic. Quality Certificate. Nursing at ITU.

Sumário

Introdução	10
1. Os Profissionais de Enfermagem de UTI em Hospital Particular	15
1.1. O trabalho dos Profissionais de Enfermagem	18
1.2. O Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva.....	29
1.3. A Certificação Hospitalar.....	32
2. A Psicodinâmica do Trabalho	41
2.1. Excelência na Psicodinâmica do Trabalho	55
3. Método	66
3.1. Participantes	67
3.2. Estratégia de Coleta de Dados	69
3.3. Análise dos Dados	72
4. Resultados	76
4.1. Núcleos de Sentido no HC	76
4.2. Núcleos de sentido no HSC	84
4.3. Análise dos Resultados.....	91
4.3.1. No Hospital Certificado	92
4.3.2. No Hospital sem Certificado	93
4.3.3. Comparação das Organizações de Trabalho.....	95
4.3.4. Comparação das Vivências de Prazer-Sufrimento.....	96
5. Discussão	99
5.3. O Trabalho da enfermagem nas UTIs: comparativo entre hospitais com e sem certificado de qualidade	99
5.4. Os manuais e os “humanuais”	103
6. Conclusão	113
7. Referências	117

INTRODUÇÃO

O serviço dos hospitais, de maneira geral, é atender a uma demanda de saúde, bem como servir e atender bem o paciente e seus familiares, nas necessidades físicas, orgânicas e psicológicas. Um hospital é composto por várias especialidades, ou melhor, unidades que têm seus próprios objetivos em termos de tratamento. Porém, o funcionamento destas instituições tem se tornado objeto de estudos de administração em saúde, dos procedimentos técnicos em enfermagem e dos processos de saúde-adoecimento no trabalho.

Dentre as unidades, a de terapia intensiva (UTI) é uma seção voltada para a atenção contínua do paciente, que é encaminhado por pedido médico devido à gravidade de seu quadro clínico. Logo, é uma unidade altamente estressante, pois a qualquer momento pode acontecer uma intercorrência clínica, assim como é também um ambiente constantemente tenso por mortes iminentes. São tensões que geram elevado índice de ansiedade, quase nunca sublimadas, que podem levar a quadros de estresse.

Os profissionais de enfermagem, responsáveis por este encargo, pertencem a uma categoria profissional que tem sido bastante estudada, mesmo que parte dos pesquisadores tem-se preocupado mais com os serviços prestados do que com os prestadores. A categoria escolhida para este estudo foi a dos profissionais de enfermagem lotados na UTI de hospitais particulares do Distrito Federal, sendo que um deles possui certificação de qualidade. Estudos em hospitais privados são raros e, não obstante, os estudos com certificação de qualidade hospitalar também o são. Assim, este estudo busca aprimorar o conhecimento deste tipo de prestação de serviço privado, entender as certificações de qualidade e como isto influencia no trabalho da enfermagem de uma UTI.

Os índices de acidentes de trabalho com profissionais de saúde são expressivos e que justificam os esforços acadêmicos para o estudo na área: segundo o *Anuário Estatístico da Previdência Social* de 2006¹, foram contabilizados 40.859 acidentes em 2006 dos 503,9 mil registrados no Brasil, contra 37.271 em 2005 (0,8% a mais que em 2005). Apesar do aumento do número de novos postos de trabalho neste ramo de atividade, não se pode negar a continuidade do crescimento também do número de acidentes de trabalho. Os aspectos que levam a estes acidentes são abordados aqui por meio de estudos publicados em revistas científicas.

Coincidência ou não, esses índices de acidentes de trabalho aumentaram drasticamente ao mesmo tempo em que as práticas de gestão têm visado lidar com a alta competitividade e, para isso, a qualidade nos atendimentos e serviços prestados para seus clientes tem se tornado um diferencial. Este estudo não busca estabelecer esta relação causal, porém não se pode deixar de relatar tal fato.

Outro número que alarma, mas que se torna consequência de ações calcadas na irracionalidade do econômico, é a estimativa de que o custo com doenças no ambiente de trabalho deva alcançar o patamar de 9,3 bilhões de dólares em 2015². O cálculo foi feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fórum Mundial de Economia (FME). Este cálculo limita-se a gastos com doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias. No entanto, não há segmentação, neste estudo, para os gastos com saúde mental, como a depressão. Ainda custeando a doença do trabalho, o ISMA Brasil³ (International Stress Management Association) observa que os custos relacionados à

¹ Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/aeps2006/15_01_03.asp. Acesso em 12/09/2008.

² Edição Especial: Saúde empresarial. Agosto de 2008. *Revista Melhor Gestão de Pessoas*. São Paulo, Brasil. Editora Segmento.

³ Disponível em: <http://www.ismabrasil.com.br>. Acesso em 19/10/2008.

rotatividade, licenças médicas, queda na produtividade e faltas no trabalho chegam a mais de 80 bilhões de reais por ano. Representam custos altos, porém incalculáveis são os prejuízos daqueles que se afastam e perdem nas relações com familiares, no cuidado de si e no prazer da vida e de trabalhar.

Neste percurso de tragédias econômicas para as empresas, por causa dos afastamentos e doenças, o que se mantém vivo, porém reeditado, é o trabalho. Sua centralidade tem se tornado cada vez mais presente na sociedade. Com isso, a necessidade de se trabalhar leva o sujeito a se submeter a diversas formas de trabalho, ou melhor a diversos modelos de gestão de pessoas.

As atuais práticas de gestão e suas repercussões têm sido objeto de vários estudos (Freitas, 2006; Pinheiro, 2007; Magalhães, 2006; Ferreira, 2007; Guimarães, 2007). Tais práticas são consideradas ativas nos novos processos de adoecimento no ambiente de trabalho. Já não assusta tanto ver colegas de trabalho sendo afastados de seus postos por doenças acometidas na “casualidade”. As novas formas de gestão são percebidas em modelos antigos (como o taylorismo, o fordismo, o toyotismo) e novos (como gestão co-participativa, gestão por competências e a qualidade total).

Entretanto, essas práticas buscam explicação para os adoecimentos e afastamentos no baixo rendimento humano em comparação ao que a produção necessita. Em contraparte, vêm-se os avanços tecnológicos e a prosperidade que se promete, otimizando a convivência em sociedade e na produtividade tanto no trabalho quanto na vida social. O que não se percebe é a armadilha que esses modelos de gestão trazem também: sofrimento, adoecimento e, até mesmo, a morte de alguns (Dejours, 2008b), pois, já que existe uma máquina para substituir um trabalho braçal, é dever do trabalhador produzir mais ainda. Dentro das novas práticas de gestão, a certificação de qualidade vem tomando espaço no mercado em meios de publicidade. Os certificados

fazem parte do planejamento e da cultura da empresa e resultam de ações reconhecidas em qualidade total por entidades certificadoras específicas. Assim, este estudo questiona as reais motivações de tais certificados.

Estudos em qualidade total têm sido explorados pela sociologia clínica e psicodinâmica do trabalho, além da administração científica. Gaulejac (2007) e Siqueira (2009) entendem que este modelo de gestão busca o controle dos trabalhadores pelo aspecto afetivo, doutrinando-os de forma voluntária em prol de um imaginário que a empresa preenche nestes sujeitos. Em psicodinâmica, Dejours (2008a) observa que o modelo de gestão de qualidade total busca implementar manuais de procedimentos padrões que banalizam a tarefa e desmembram a estruturação de um coletivo de trabalho. Nesse sentido, o presente estudo busca investigar segundo tal vertente por poder discutir os modos de enfrentamento coletivo, bem como a relação trabalhador-trabalho e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho desses profissionais.

Estudos sobre a enfermagem em psicodinâmica são explorados em cinco artigos encontrados, sendo três analisando em UTI. Quanto à inserção da categoria neste modelo de gestão, não há estudos na área. Portanto, esta dissertação pretende avançar nesta inserção, buscando descrever as vivências encontradas na organização de trabalho com certificado de qualidade.

O objetivo geral é comparar as vivências de prazer e sofrimento entre profissionais de saúde em hospitais privados com e sem certificação de qualidade. Utiliza, como referencial teórico, a psicodinâmica do trabalho. Como objetivos específicos, procura-se descrever a organização do trabalho de cada grupo do hospital entrevistado; as vivências de prazer e sofrimento de cada grupo entrevistado; comparar as vivências descritas; comparar as descrições das organizações do trabalho.

O primeiro capítulo expõe estudos sobre os hospitais, passando por suas funções social e econômica, suas transformações sofridas no percurso histórico atual, a atuação dos profissionais de enfermagem na UTI, seus riscos e as práticas da gestão da qualidade e certificação hospitalar na unidade. No segundo capítulo, explora-se o embasamento teórico da psicodinâmica do trabalho, definindo os conceitos de organização do trabalho, vivências de prazer e sofrimento no trabalho, a inserção da qualidade total e da excelência nas questões de trabalho e estudos que ajudam a embasar a temática. O terceiro capítulo descreve o método utilizado para a pesquisa. O quarto capítulo aborda os resultados mais expressivos. No quinto capítulo, os resultados e os objetivos são retomados de forma a refletir e discutir com os embasamentos teóricos anteriormente expostos. Por fim, no sexto capítulo, concluem-se as principais reflexões, avanços, bem como as limitações e contribuições do estudo.

1. Os Profissionais de Enfermagem de UTI em Hospital Particular

Até meados do século XVIII, o hospital tinha como internos as pessoas doentes, criminosas, loucas e prostitutas (Foucault, 1979). Sua função, além de absorver os excluídos, era a transformação espiritual deles. Porém, a existência da instituição daquela maneira trazia perigo à saúde da sociedade e impactos negativos às dimensões econômicas de seu funcionamento. Com isso, veio o delineamento da função do hospital (estipulando espaço, relações e formas de organização) e o aproveitamento dos saberes médicos para tal função. Meyer (2006) ressalta a importância da medicina no processo de delineamento do hospital nos registros permanentes sobre o que acontecia naquele espaço.

Nesse sentido, o hospital passou a funcionar não só como uma instituição de disciplinamento, controle e/ou cura de certos tipos de desordens reconhecidas e nomeadas como patológicas, mas, também, como uma instância de acúmulo, registro, produção e veiculação de um tipo específico de saber a medicina clínica. (Meyer, 2006, p. 97)

Portanto, o hospital se torna instituição de prestação de serviços que privilegiam as práticas dos médicos e de profissionais da enfermagem. Segundo a autora, o hospital atual traz esta configuração, mas também tem sua função de expansão ao servir conhecimentos e estar aberto para novas intervenções e conteúdos pouco conhecidos à comunidade científica e à coletividade.

As atividades regulamentadas no país são classificadas em três graduações, seguindo critérios de riscos no trabalho (Pitta, 1999). Os hospitais estão enquadrados como graduação 3 de risco, a máxima. Por causa de tal ameaça à saúde do trabalhador, há a intenção, por parte do Ministério do Trabalho, em regulamentar que a jornada em hospitais se limite à carga horária máxima de 6 horas diárias. Atualmente, regula-se o

funcionamento por meio de plantões: para o técnico de enfermagem, trabalham-se 12 horas e descansam-se 36; para o enfermeiro, trabalham-se 12 horas e descansam-se 60. No entanto, em alguns hospitais, esse modo de organizar os dias de trabalho é variável. Para que um órgão federal, como o Ministério do Trabalho, busque a regulamentação da carga horária de uma dada atividade, representa ser difícil manter o funcionamento de tal limite para esses profissionais.

A atual ordem econômica mundial, do discurso neoliberal, traz forte crescimento do setor ao qual os hospitais pertencem: o terciário. Além disso, o quadro da saúde pública esquecida no governo de Fernando Henrique Cardoso no início da década de 1990 favoreceu o fortalecimento dos hospitais particulares: vender prestação de atenção à saúde, que pouco se encontra no país. Apesar de não haver estatísticas precisas, não se pode negar o fato de que o crescimento da prestação de serviço existe e vem gerando situações flexíveis de trabalho, porém de trabalho precário (Marcelino, 2002).

Ainda sobre a inserção socioeconômica, Almeida et al. (2005) analisam que a filosofia neoliberal contribuiu significativamente para reduzir investimentos no serviço público de saúde. É a transformação do Estado maior em Estado mínimo, remetendo à regularização dos serviços de saúde ao mercado, e não ao Estado. O hospital particular entra como solução para tapar tal ausência do Estado, ou seja, a presença de tantos hospitais particulares é a prova da ausência do Estado.

Bergamini (2008) aponta a gravidade deste quadro para aqueles que estão na ponta, ou seja, na execução de tal serviço neste contexto. A autora enfatiza o sofrimento ético do profissional de enfermagem em hospitais públicos, pois é ele quem deve escolher qual paciente irá sobreviver num hospital onde só há espaço para mais um num quarto, por exemplo. Assim como observa Marcelino (2002), Bergamini indica a precarização do trabalho da enfermagem encontrada nas longas jornadas de trabalho,

sobrecarga de atividades e salários baixos. O resultado disso é o desgaste físico e emocional, gerando quadros de estresse e até mesmo de depressão (Nozawa et al., 2002).

As equipes de saúde dos hospitais particulares acabam por absorver também esta carência do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o paciente que os procura é aquele que está pagando por um serviço prestado e quer fugir exatamente do quadro precário do SUS. Assim, qualquer deficiência que lembre falhas do SUS, o cliente se sente no direito de reclamar, agir, reagir e buscar por seus direitos (financeiros) investidos ali.

Esta linha de raciocínio levanta a dúvida sobre os hospitais particulares: representam um local que recebe pacientes ou clientes? A palavra “paciente” sugere ver uma pessoa portadora de doença e necessitada de saúde. Isto implica um agir ético para com o semelhante. Já a palavra “cliente” sugere perceber a pessoa como necessitada de um dado serviço, porém condicionado a uma troca de valores financeiros. Eis a transformação do hospital em empresa.

Entretanto, este estudo não busca a discussão da situação hospital privado *versus* hospital público, mas sim o entendimento da saúde como produto, condição em que os “operários da linha de produção” são os profissionais de enfermagem, que podem atuar em pronto-socorro, pediatria, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva adulto ou neonatal, entre outras especialidades. Para este estudo, escolheram-se os profissionais de enfermagem lotados em unidade de terapia intensiva. Este capítulo visa abordar as questões em relação ao trabalho do profissional de enfermagem; as características do trabalho em UTI, e o trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem nesta unidade.

1.1. O trabalho dos Profissionais de Enfermagem

A enfermagem tem como seu objeto principal o cuidado e a assistência ao paciente. Bergamini (2008) define que cuidar vai além do zelo; é, antes de tudo, uma atitude geradora de responsabilidades e de aproximação, possibilitando a empatia com o outro e vendo-o como sujeito dotado de necessidades físicas, orgânicas e psicológicas.

Domingues (2004) esclarece que a ação da enfermagem em prestar assistência ao paciente tem duas instâncias: uma na qual o enfermeiro detém conhecimentos que lhe dão o poder de prestar a assistência devida do paciente, e a segunda, na qual o próprio enfermeiro se vê preso a este comportamento como forma de não entrar em contato com as vontades e valores do paciente.

Bulhões (1994) consente que a enfermagem passa por um processo de crise que existe já na captação de novos “recrutados”. Segundo a autora, as péssimas condições de trabalho e a baixa remuneração têm sido os principais problemas que dificultam a formação de novos profissionais da área. A autora vai além e critica o mau funcionamento da equipe (o que inclui médicos, nutricionistas, fisioterapeutas) – esta que não é fonte de reconhecimento, pelo contrário –, a constante imposição da profissão como meio burocrático do atendimento e é a categoria profissional que fica na frente de combate à doença, ou seja, servindo de anteparo às críticas ao sistema hospitalar como um todo, assim como de anteparo ao sofrimento alheio pela situação que se encontra em hospitais.

No que tange aos médicos, a crítica feita às suas competências dentro da equipe devido ao engessamento de seu ensino permite o entendimento da adesão a um comportamento cartesiano, no qual o paciente torna-se uma máquina, dificultando, dessa forma, a valorização do todo. O mesmo tipo de concepção serve para a equipe que

atende em conjunto a este profissional, tornando o relacionamento entre eles desagradável e desnecessário (Bergamini, 2008).

Alguns estudos em Pitta (1999) apontam que os demais profissionais de saúde também adotam essas posturas. Assim como na medicina, o ensino na enfermagem busca por raízes tradicionais técnicas, mecanicistas e ortodoxas. Tal visão implica ações e comportamentos calcados mais na teoria e manuais do que na situação em si. Com isso, o reflexo de formação pode acabar por se reproduzir na organização do trabalho em saúde.

No que concerne aos padrões mínimos de segurança, expressiva parte do que foi estudado tem, como foco, o controle de riscos para a pessoa hospitalizada (Pitta, 1999). As condições necessárias advertidas pelo Ministério da Saúde adverte são supervisão contínua, suprimento total de equipamentos e materiais; utilização de manuais e normas técnicas; educação continuada de enfermos e familiares sobre acidentes e da equipe de enfermagem sobre a higienização do ambiente e controle de infecções.

Isto mostra que a equipe de enfermagem fica totalmente responsável pela saúde daquele que necessita de seus cuidados. Porém, como esta equipe pode assegurar o serviço prestado a sua clientela, já que se encontram, todos, no mesmo ambiente? Em outras palavras, é uma via de apenas uma “mão”, onde a equipe de enfermagem é quem olha pelos outros e por si.

Bulhões (1994) salienta a fundamental importância que tem o serviço de enfermagem e, assim, tornam-se especialmente vulneráveis devido a cinco fatores intrínsecos de sua organização do trabalho: a) é o maior grupo individualizado de profissionais de saúde; b) é a equipe prestadora de assistência ininterrupta, 24 horas por dia; c) tem responsabilidade na execução de cerca de 60% das ações de saúde; d) é a

categoria que mais entra em contato físico com os doentes; e) sua formação tem várias ramificações que acabam por dispersar suas atuações.

Apesar de ser uma categoria bastante estudada, a enfermagem é conhecida, na grande parte dos estudos, pelos enfermeiros (Manzoli, 1983; Orlando, 1978; Dugass, 1984; Carvalho, 1981, *apud* Valle, 1994), e poucos são os estudos com auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Outros estudos, como o de Carvalho (1981, *in* Valle, 1994), apresentam a divisão que acontece neste ambiente de trabalho, onde os enfermeiros assumem a função de delegar e liderar enquanto os auxiliares se responsabilizam pelas atividades mais técnicas e pelo contato direto com o paciente. Tal divisão hierárquica delinea quem deve planejar e quem deve executar as tarefas.

Em dado estudo, Meyer (2006) discute resultados que mostram estimas de pouca valia pela própria categoria de enfermagem em detrimento das observações médicas, principalmente as medicamentosas. Segundo a autora, deve-se estimular o crescimento da categoria enquanto ciência, e não como reprodutora de técnicas. E este tipo de comportamento, por parte da enfermagem, torna-se mais presente na UTI, onde a reprodução de vários procedimentos é demasiadamente presente.

A atividade assistencial é, ao mesmo tempo, fonte de gratificação e estresse. A gratificação é encontrada no diagnóstico correto, em prevenir eventos adversos (EAs ou intercorrências), em tratar corretamente, em ensinar e ser reconhecido pela sua competência. São questões relacionadas à atividade de enfermagem, apesar de algumas delas – como tratar corretamente – acabar por se tornar uma fonte de estresse quando não se tem amparo por parte da organização do trabalho para realizar-se. Os fatores estressantes estão no contato freqüente com a dor e o sofrimento alheios, em lidar com os anseios do paciente e seus familiares e em atender pacientes pouco abertos ao tratamento, bem como a prestação de cuidado por parte da enfermagem (Martins, 2000).

Este último pode ser relacionado a uma fonte de estresse por não haver o reconhecimento das ações em enfermagem.

Ao enfermeiro, são atribuídas as competências de consultar o paciente; prestar assistência direta; solicitar exames; registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; realizar evolução clínica dos pacientes; realizar atividades de gerência da unidade, como: estabelecer metas, normas e procedimentos; avaliar desempenho dos técnicos de enfermagem; selecionar materiais e equipamentos; promover melhorias do setor e de desenvolvimento da equipe⁴.

A profissão do técnico de enfermagem existe desde 1966, porém sua regulamentação para o exercício da atividade aconteceu somente em 1986 com a Lei nº 7.498/86. Nesta, postula-se que este profissional exerça atividades de nível médio participando no acompanhamento do trabalho do enfermeiro e assistindo-o no planejamento e programação da assistência prestada. Além disso, o técnico de enfermagem atua, de maneira geral, em cirurgias instrumentando, em terapias prestando assistência ao paciente, organizam o ambiente de trabalho e elaboram alguns registros técnicos nos prontuários do paciente, como os materiais e técnicas utilizados⁴. Lima (1992) acrescenta que estes profissionais devam oferecer meios de proteção contra acidentes do paciente assistido.

Bergamini (2008) aponta que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos na saúde reduzirem a mortalidade, esse progresso pouco acontece nas técnicas e nos aspectos teóricos da assistência da enfermagem. Há um processo inverso onde o trabalhador acompanha o avanço da máquina, ou seja, o avanço da enfermagem está em aprender manuseio com novos aparelhos. Com isso, estes profissionais vêm-se

⁴ Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/> Acesso em 13/01/2009.

forçados a enfatizar a intervenção técnica, adotando posturas autoritárias e tecnicistas, em detrimento do acolhimento do paciente e seus familiares.

Estudos com técnicos de enfermagem são pouco publicados. Alguns dos publicados envolvem, também, a pesquisa com o enfermeiro.

Em pesquisa em bancos de periódicos (Lilacs e Medline), foram encontradas 267 ocorrências sobre estudos com enfermeiros e/ou enfermagem de maneira geral e os desgastes da profissão. Esses estudos incluem países como Argentina, Chile, Colômbia, Bolívia, Nicarágua, Cuba, Estados Unidos, entre outros. Além disso, participam do levantamento aspectos relativos à saúde coletiva, atenção psicossocial à comunidade e em hospitais públicos. No entanto, para este estudo, entendeu-se que seria melhor manter o levantamento encontrado no Brasil, haja vista as regulamentações da enfermagem não serem mundiais. Assim, levantou-se, nas principais revistas científicas desta categoria no país, aspectos da saúde mental e o trabalho dos profissionais de enfermagem.

A busca foi exploratória, com os seguintes termos no campo “palavras-chave”: “sofrimento”, “prazer”, “psicodinâmica do trabalho”, “saúde mental”, “enfermagem”, “administração na enfermagem”, “gestão da qualidade”, “UTI”, “terapia intensiva”. No entanto, os resultados foram pouco expressivos (artigos que exaltavam as técnicas utilizadas na profissão, que exigia conhecimentos muito mais específicos de enfermagem para o bom entendimento), o que levou à busca volume por volume de cada periódico, desde 2004 até à última publicação. Com isto, descobriu-se que a grande maioria dos estudos em saúde mental estava voltado para a abordagem cognitivo-comportamental do estresse e avaliações do ambiente de trabalho.

As publicações pesquisadas foram: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Revista de Enfermagem da UERJ*, *Revista de*

Enfermagem da USP, Revista Acta Paulista Enfermagem, Revista Brasileira de Terapia Intensiva e Revista de Administração em Saúde. A última terá seu aprofundamento quando for explorada a questão da acreditação hospitalar neste estudo. A *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* será abordada no espaço destinado ao trabalho em UTI. Os estudos em UTI nas demais revistas serão abordados nesta mesma seção. Já os estudos que apontaram para administração na enfermagem serão explorados na devida seção deste capítulo.

Na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, foram encontrados 30 artigos a respeito do trabalho da enfermagem, riscos deste trabalho, aspectos éticos e administração no trabalho da enfermagem. Na *Revista Brasileira de Enfermagem*, 21 artigos trouxeram publicações acerca de acidentes de trabalho, estresse no trabalho da enfermagem, motivação no trabalho e processos de trabalho de enfermagem. Na *Revista de Enfermagem da UERJ*, encontraram-se 22 artigos que relatam sobre a saúde mental destes profissionais e/ou sobre o sofrimento, o trabalho da enfermagem. Na *Revista de Enfermagem da USP*, cinco artigos permearam as publicações sobre saúde mental dos trabalhadores, distúrbios osteomusculares e sentido do trabalho em enfermagem. E, por fim, na *Revista Acta Paulista Enfermagem*, sete ocorrências foram encontradas abordando os efeitos do trabalho da enfermagem, estresse ocupacional e sentimentos acerca das experiências de trabalho.

Os resultados desta pesquisa foram categorizados e serão apresentados a seguir com os estudos que se destacaram na busca. É importante frisar que estas revistas trazem a maioria de seus estudos na temática de aplicação de técnicas dos procedimentos de enfermagem em todas as especialidades: pronto-socorro, saúde comunitária, UTI neonatal, centro cirúrgico, etc. No entanto, suas publicações acerca do

trabalho da enfermagem também se fazem presentes, mas pouco buscam soluções por estarem calcadas na racionalidade econômica que impera nas relações de trabalho.

A partir da leitura destes estudos, foi possível colocá-los em quatro categorias: o trabalho em enfermagem, repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem, administração na enfermagem e promoção da saúde do profissional de enfermagem.

No trabalho em enfermagem, há a inserção das práticas deste trabalho, prescritas ou apreendidas no real de trabalho. Appolinário (2008) disserta sobre as ausências no ambiente de trabalho da enfermagem. A autora destaca dois fatores que implicam no ambiente de forte pressão no trabalho da enfermagem: é esta equipe que interage diretamente com os clientes/usuários e representa uma categoria altamente fragmentada, sendo dividida em enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Apresenta a reflexão sobre a tarefa repetitiva que priva os trabalhadores de lidarem com os sentimentos. E, por fim, descreve o ambiente de trabalho como agressivo devido às exposições a reagentes biológicos e químicos, além de exigir ritmo acelerado de trabalho.

Já Kobayashi e Leite (2004) estudaram a formação dos técnicos de enfermagem. Descrevem que são forçados a implementar apenas os procedimentos técnicos e instrumentais da profissão. Tais ações confirmam as mudanças no mercado, que determina que estes profissionais atendam às exigências da produção.

Silva (2003) ressalta a importância da intuição no trabalho do profissional de enfermagem. Trata-se de um aspecto não registrado pelas avaliações de trabalho e descrições de cargo. A intuição torna-se presente em situações de conflitos, com pacientes graves e em dúvidas. Profissionais que participaram deste estudo relatam que a intuição é essencial até mesmo para a melhoria da qualidade da assistência deles.

Zerbetto e Pereira (2005) questionam as transformações mercadológicas e demonstram que seus efeitos são fortemente danosos à formação de um profissional reflexivo-crítico, além da preocupação da enfermagem ter se voltado à satisfação do cliente, e não mais ao cuidado em si.

Bueno e Queiroz (2006) dissertam sobre a autonomia perdida da enfermagem. O processo de trabalho da enfermagem pressupõe uma divisão de trabalho baseado em princípios tayloristas. Os autores percebem a divisão, na prática, ao ver que o enfermeiro fica incumbido do trabalho intelectual, e o técnico, do manual. Tal quadro gera conflitos, pois o enfermeiro se afasta das ações cuidadoras, perdendo sua autonomia perante à equipe. Com os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, concluiu-se que esses profissionais atuam de forma acrítica e passiva, atendendo aos objetivos das instituições. Por fim, deduz acerca da educação continuada, que reforça o tecnicismo exaltado nas instituições e limita a criatividade dos profissionais acerca do cuidar, finalidade da enfermagem.

Castanha e Zagonel (2005) ressaltam que o profissional de enfermagem vivencia bastante a falta de reconhecimento por não haver visibilidade do trabalho de cuidar. Ele se preocupa em manter a saúde do paciente e evitar sua piora clínica, tornando-se visível somente quando acontece algum dano ao paciente.

Em estudo sobre representações sociais com enfermeiros, Gomes e Oliveira (2008) concluem que a empatia e a inter-relação com pacientes e familiares são as representações mais presentes na profissão. Elas remetem à autonomia destes profissionais no processo de cuidar.

A partir dos estudos dos periódicos e dos demais levantados, pode-se perceber que a prática da enfermagem envolve, além do cuidado, a intuição, empatia, atenção ao outro. Existe ainda, há a segmentação na equipe de enfermagem, na qual as divisões de

trabalho acabam por dividir as ações e gerar separações no trabalho do grupo. Não se percebe envolvimento destes profissionais com sua profissão em si, mas sim com os objetivos organizacionais, perdendo a autonomia da profissão para ações estratégicas e satisfação do cliente. Enfim, exige-se que o profissional de enfermagem deva saber administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente em seus preceitos éticos da profissão.

Na categoria “repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem”, foram alocados estudos que apresentam efeitos danosos à saúde dessa categoria, aspectos que podem influenciar nestes efeitos e indicadores que levem à presença de conseqüências danosas, como o absenteísmo.

Em Lunardi et al. (2007), estudou-se o sofrimento moral dos profissionais de enfermagem a partir de uma cultura do silêncio, que tem em seu objetivo a harmonia imposta, favorecendo a convivência dos trabalhadores com o erro e a negligência, com sentimentos de medo e impotência, diante do reconhecimento da necessidade de denúncias, mas preferem defender a instituição e negar sua realidade. Outra forma de sofrimento é quanto à intolerância entre o trabalho idealizado de excelência da enfermagem e suas implicações no real. Os autores descrevem que o contexto de trabalho e mercado destes profissionais é somatório no processo do sofrimento: baixos salários, dupla jornada, condições inadequadas de trabalho, precariedade de recursos materiais, insuficiência de recursos humanos, relações desrespeitosas na equipe de saúde e de enfermagem.

Já Paschoalini, Oliveira, Frigério, Dias e Santos (2008) percebem aspectos psicossociais a partir da mensuração do estresse em profissionais de enfermagem. Além de evidências de profissionais bastante estressados, foram encontrados altos escores de depressão relacionados à profissão. Costa, Silva, Alves e Oriá (2005) observam que

elevados níveis de angústia e ansiedade aparecem nestes profissionais devido também ao contato intenso com doentes e doenças infecto-contagiosas, degenerativas, que leva à perda da integridade física e mental destes trabalhadores.

Barboza e Soler (2003) destacam os afastamentos por acidentes de trabalho caracterizados em doenças infecciosas parasitárias, doenças do sistema neurológico e transtornos mentais; doenças do sistema cardiovascular; doenças do sistema respiratório e do sistema digestivo; e os distúrbios osteomusculares. Murofuse e Marziale (2005) acrescentam as lesões nos ombros e colunas como as mais recorrentes em Dort. Moreira e Mendes (2005) descrevem que tais distúrbios se fazem presentes porque os profissionais ficam a maior parte do tempo em pé, sem pausas para descanso e manuseiam muitos equipamentos pesados. Costa & Felli (2005), Robazzi e Marziale (2004), Fontana (2006) esclarecem que há os riscos biológicos devido a exposições contínuas a excreções, materiais biológicos de coleta, bactérias, vírus. Além do contato, existe o risco com o manejo de seringas, agulhas e instrumentos cirúrgicos, que podem causar acidentes de trabalho (Pinho, Rodrigues e Gomes, 2007; Fontana, 2006; Almeida, Damasceno e Araújo, 2005).

Xelegati, Robazzi, Marziale e Haas (2006) ressaltam os riscos químicos dos profissionais de enfermagem: antibióticos, benzina, iodo, látex-talco, antineoplásicos, glutaraldeído, óxido de etileno. As conseqüências estudadas de exposições contínuas a estes componentes são lacrimejamento, reações alérgicas, náuseas e vômitos.

Rodarte, Scochi, Leite, Fujnaga, Zamber Can e Castral (2005) observam o excesso de ruídos no ambiente da enfermagem e que, em alguns casos, atingem níveis acima do recomendado (110db). No entanto, os autores preferem preocupar-se com medidas que pudessem amenizar tais ruídos para os clientes, descartando a existência de trabalhadores no mesmo ambiente.

Magnano, Lisboa, Souza e Moreira (2007) estudaram os distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Descobriram que a maioria dos distúrbios diagnosticados era relacionada às condições inadequadas de trabalho e os autores sugerem repensar não somente a adequação das condições físicas, mas também o ritmo de trabalho.

Portanto, o trabalho do profissional de enfermagem, bem como de outras categorias, envolve riscos de variadas formas, podendo causar acidentes ou violências quanto à saúde do trabalhador: riscos biológicos (exposição a fluidos, excreções, materiais infecto-contagiosos), físicos (ruídos e exposição a materiais cirúrgicos perfurocortantes), químicos (exposição a substâncias tóxicas), psicossociais (sobrecarga de trabalho, dupla jornada, poucos recursos humanos, insatisfação salarial – devido à baixa autonomia, baixa remuneração e frágil organização da categoria) e ergonômicos (poucos recursos materiais, inadequação dos mobiliários, ritmo excessivo e despreparo de chefias). São ameaças que geram medo, insegurança, estresse, insatisfação, falta de reconhecimento, impotência. Porém, há satisfação por parte destes profissionais quando se fala sobre a prestação do cuidado (Pires, 2005). Entretanto, a maioria dos autores lidos dispõe, como solução, o treinamento técnico e/ou aumentar a fiscalização das Comissões Internas de Prevenções de Acidentes (Cipas), para evitar o adoecimento no trabalho.

Na categoria “promoção da saúde do profissional de enfermagem”, houve concentração de estudos que enfatizavam a qualidade de vida no trabalho, promoção da saúde e satisfação do trabalhador. Foi uma categoria pouco expressiva, pois apenas quatro estudos tiveram estes objetivos.

Para Barrientos e Suazo (2007), a promoção da saúde acontece quando se respeitam as condições físicas de trabalho de maneira adequada. Para isso, sugere

reorganização do setor de forma a amenizá-lo para os trabalhadores. Marziale e Jesus (2008) enfatizam sanar os riscos biológicos. A sugestão recai na intensificação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e treinamentos técnicos. Já Pires (2005) e Lunardi, Lunardi Filho, Silveira, Soares e Lipinski (2004) ressaltam que a promoção da saúde destes profissionais acontece quando têm contato com a prestação do cuidado. Assim, o cuidado emancipa estes profissionais, além de promover a identificação da equipe (auxiliares, técnicos e enfermeiros).

Pode-se concluir, então, que a promoção da saúde dos profissionais de enfermagem está na melhoria contínua das condições de trabalho, evitando contato excessivo com situações que levam aos riscos citados anteriormente, na proximidade desses profissionais com as atividades de atenção ao paciente, dando suporte para os contatos mais intensos.

Esses achados permitem traçar um panorama geral do trabalho dos profissionais de enfermagem. Ou seja, não há especificações deste trabalho nas unidades e especialidades nos hospitais. Portanto, a seguir serão abordados estudos acerca do trabalho do profissional de enfermagem em UTI.

1.2. O Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva

A enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI) surgiu em meados da década de 1850 na Guerra de Criméia quando Florence Nightingale (enfermeira inglesa fundadora da enfermagem) percebeu que alguns feridos de guerra precisavam de cuidados contínuos, criando assim, um espaço físico (enfermaria) e um método de observação constante destes pacientes (Gomes, 1998).

O aprimoramento da enfermagem veio com o crescimento dos hospitais e avanços tecnológicos na área da saúde, bem como com o constante acometimento de doenças graves que necessitam de cuidado intensivo.

Segundo Gomes (1998), o perfil dos pacientes internados em tal unidade se divide em três de tipos: os que necessitam de cuidados de enfermagem rigoroso; os que necessitam do acompanhamento e investigação contínuos; os que estão em tratamentos complexos e de equipamentos de apoio. Atualmente, para se manter um paciente grave em observação, são necessários monitores eletrônicos, respiradores artificiais, aparelhos de recuperação de emergência e espaço físico suficiente para a circulação da equipe de saúde e para os aparelhos.

Vários autores citados por Gomes (1998) concordam em alguns quesitos essenciais para o cuidado intensivo: a) enfermagem constante com tratamento específico e contínuo; b) avaliação médica de prontidão; c) atitudes novas para o cuidado intensivo. Além disso, a enfermagem representa um papel significativo de cuidado contínuo, e este peso é sentido como forma de estresse emocional (Gomes, 1998).

Estudos realizados em UTI com enfermeiros destacam o trabalho nessa seção como fonte simultânea de realização e estresse (Shimizu e Ciampone, 1999; Mendes e Linhares, 1996). Para Vila e Rossi (2002), a UTI carrega o fardo de ser um dos locais mais tensos, ou como diz o próprio nome, intensivo, não somente para os pacientes, mas também para quem lá trabalha, principalmente a enfermagem, que convive com cenas constantes de atendimentos de emergência, sofrimento humano alheio, isolamento, morte.

Nos periódicos escolhidos para este estudo, foram encontrados 28 artigos que abordam questões acerca do trabalho dos profissionais de enfermagem nesta unidade, bem como aspectos de adoecimentos e riscos ocupacionais.

Em todos os resultados encontrados, há congruência quanto às vivências intensivas em sofrimento também para os que lá trabalham, porém, cada estudo com seu foco. Fogaça, Carvalho, Cítero, Nogueiral (2008) constataram altos níveis de cortisol (hormônio do estresse) nos profissionais em UTI. Este quadro clínico é atribuído à sobrecarga de trabalho, a ponto de apresentarem desejo de abandonar o trabalho.

Balsanelli, Zanei e Whitaker (2006) salientam que a carga de trabalho em UTI se torna mais intensa, quanto mais grave for a enfermidade do paciente assistido. E a intensidade não é percebida apenas no tempo próximo ao paciente, mas também em vivências de sofrimento psíquico, como angústia e altos níveis de ansiedade. Salomé, Espósito e Silva (2008) descrevem alguns detalhes do ambiente de trabalho dessa seção que configuram tais vivências: falta de recursos materiais; profissionais pouco valorizados; pressão excessiva para a saúde súbita do paciente. As vivências de saúde no trabalho acontecem com as atividades exercidas. Um importante aspecto ressaltado é acerca do uso das tecnologias e informatização na unidade; o excesso tecnológico permite maior distanciamento paciente-profissional de enfermagem.

Quanto aos riscos ocupacionais, Nishide e Benatti (2004) e Nishide, Benatti e Alexandre (2004) contam que, na UTI, os riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos têm semelhanças com os descritos anteriormente: exposição a materiais biológicos, excreções e fluidos corpóreos; exposição a doenças e infecções sem diagnóstico confirmado; esforços físicos constantes, instigados pelo ritmo excessivo.

Cavalheiro, Junior e Lopes (2008) expõem os danos das vivências em UTI: sintomas relacionados às alterações cardiovasculares, aparelho digestivo e músculo-esquelético; estresse relacionado à insatisfação com o trabalho devido a poucas vivências de reconhecimento.

Portanto, o trabalho da enfermagem em UTI implica conhecimentos técnicos, ao mesmo tempo abrangentes (várias técnicas) e específicos (cada técnica minuciosamente). É uma unidade que exige conhecimentos avançados de tecnologia em saúde, pois lida com inúmeros aparelhos que podem salvar e/ou monitorar vidas. Ainda pelo fato de estarem em permanente contato com enfermos graves, às vezes inconscientes, com enfermidades graves e continuamente, há danos aos profissionais quanto a vivências de insatisfação; impotência; desânimo; insegurança; estresse emocional; doenças osteomusculares, digestivas e cardiovasculares. O quadro torna-se plausível devido ao ritmo intenso de trabalho. Além disso, há sobrecarga de trabalho não somente pela exigência da cura, mas pela complexidade dos tratamentos aliada à falta de recursos materiais e humanos relatados nos estudos apresentados aqui. E, por fim, a insatisfação no trabalho vem se tornando presente não apenas pelo estresse medido nos estudos cognitivos, como também pelo distanciamento que a relação paciente-profissional de enfermagem vem evidenciando na atividade. Pode-se atribuir tanto à grande quantidade de aparelhos, quanto ao ritmo excessivo de trabalho, que impede o contato humano e faz com que o profissional de enfermagem reproduza exigências institucionais e, não, éticas.

Na próxima seção, será discutida a inserção de um novo conceito na enfermagem: a certificação de qualidade. Trata-se de uma temática administrativa e que tem sido considerada de grande valia e de diferencial estratégico.

1.3. A Certificação Hospitalar

Antes da Revolução Industrial, o modo de operar as relações comerciais era voltado para o trabalho artesanal, em que o trabalhador fazia suas peças de maneira original e única. O tempo dispensado de trabalho era dividido para todas as peças; não

havia uma que não tivesse sido produzida sem que passasse pelas mãos do trabalhador-artesão. O que se ganhava em especificidade, perdia-se em tempo para produzir mais.

Além do excesso de tempo despendido, havia o número de pessoal para atender uma demanda, já que as ferramentas eram rústicas e totalmente limitadas às ações do homem. Tendo em vista este o de organizar pouco eficiente (porém, eficaz), veio a Revolução Industrial, que buscou eliminar boa parte do processo artesanal para focalizar na maior produtividade. Para isso, os procedimentos foram reduzidos, sendo substituídos por ferramentas mais “autônomas”, deixando que o trabalhador possa dispensar seu tempo para a produção de mais outra peça, e mais outra, e assim em diante.

Portanto, a Revolução Industrial impactou, de forma econômica, na abrangência de produtos e em maior quantidade. Pela velha lei da oferta e da procura, isso fez com que os produtos fossem mais acessíveis de adquirir. É um reflexo positivo desta Revolução. No entanto, o reflexo negativo baseia-se na automação do trabalho, bem como na centralidade de riquezas. Vale ressaltar que isto se torna negativo quando ocorre em excesso. A evolução deste modo de produzir obteve espaço com o fordismo, conhecido como modo de produção em série.

A gestão da qualidade total surgiu com o advento do toyotismo. Sua filosofia se assemelha bastante a história pela qual o país onde se iniciou, o Japão, passou após a 2ª Guerra Mundial. Na época, o país formado por ilhas ficou arrasado. Para voltar a crescer com quantidade bem reduzida de mão-de-obra, foi preciso muita disciplina (Druck, 2001). O quadro de enxugamento de pessoal fez com que o modelo de gestão utilizasse um mecanismo de defesa visto na exacerbação dos processos.

Apesar de alguns estudos apontarem para um processo de precarização (Druck, 2001) e perda de sentido do trabalho (Marcelino, 2002), o modelo toyotista trouxe

avanços na contenção de gastos desnecessários em empresas: excesso de materiais, excesso de funcionários, excesso de gestores. É a opção pela flexibilização do uso da mão-de-obra, tornando-a mais perto de um objeto do que de um saber-fazer humano. As evidências estão nos processos de terceirização precarizando os trabalhadores (Rego, Vieira, Pereira e Facas, 2007; Druck, 2001) e quarteirização dos serviços (Marcelino, 2002), quando uma empresa que já presta serviço a outra paga para uma nova empresa (via prestadora principal) prestar o serviço. Este estudo não pretende investigar os modos de terceirização ou sua história, mas sim apontar que a gestão da qualidade não é um todo ganha-ganha, nem um todo perde-perde.

O surgimento da Gestão da Qualidade é justificado, para Deming (1990), nos altos custos e desperdícios dos processos, repassados ao consumidor, que diminui seu potencial de compra; a empresa perde espaço no mercado, gerando o desemprego. O desemprego é atrelado à má administração e seu desempenho, que são vistos nos custos das instalações, despesas operacionais, depreciação do estoque e concorrência.

O autor é conhecido por sua grande importância no aprimoramento deste modo de gestão, que não se baseia apenas em técnicas, mas, antes, em um “saber profundo”. Para Deming (1990), a administração de uma empresa é vista de maneira sistêmica, o que permite a otimização de todos os setores, pois eles se tornam interdependentes.

A qualidade, na saúde, é conceituada por Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006) como um conjunto de atributos com objetivo da excelência profissional. Tal nível é alcançado com uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao cliente e com alto grau de satisfação dos usuários. É uma definição calcada numa ideologia de perfeição e harmonia e que pouco explica como, de fato, se obtém qualidade. Feldman, Gatto e Cunha (2005) definem a qualidade como:

... um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação alta da direção do hospital até de seus funcionários mais básicos. (p. 214)

D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) afirmam que a qualidade não deve ser vista como uma meta a ser alcançada, mas sim como um processo contínuo de avaliação, monitoramento e ações que visem a satisfação do usuário.

Os princípios básicos deste modelo de gestão são gestão participativa, satisfação do cliente e o desenvolvimento de estratégias para benefícios de todos os membros da organização e para a sociedade (Rêgo & Porto, 2005).

Para Vargas, Albuquerque, Erdmann e Ramos (2007), a qualidade da assistência na enfermagem teve seu início informal com os esforços de Florence Nightingale na Guerra da Criméia. São ações que buscavam, desde então, sistematizar o campo de atuação dos profissionais de enfermagem: agrupamento de pacientes por tratamento; dados de mortalidade dos soldados; separação de pacientes mais graves para um setor com dinâmica diferente, de cuidados constantes. Desde então, várias iniciativas têm sido tomadas para a organização da assistência na saúde, até que, em 1950, o Colégio Americano de Cirurgiões, aliando-se ao Colégio Americano de Clínicos e à Associação Canadense de Hospitais, cria a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH – Comissão de Acreditação de Hospitais) (Lima & Erdmann, 2006).

No Brasil, o processo de acreditação se inicia por volta dos anos 90 com a publicação da “Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe”. A partir daí, o Ministério da Saúde do Brasil articulou iniciativas que levaram à criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Em 1998, ocorreu a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (Lima e Erdmann, 2006). Este parece ser o

caminho que a qualidade nos serviços de saúde tenha seguido no Brasil, mesmo havendo publicações acerca de outros programas independentes de qualidade, como o Programa Gaúcho de Qualidade (Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006).

Segundo Mezomo (1995), a área de saúde, na década de 1990, não estava funcionando com os padrões de qualidade. Para o autor, administradores e profissionais da saúde têm apenas uma razão de ser trabalhador em um hospital: o paciente e suas necessidades. Portanto, prejuízos só os são quando se tem alguma perda para o paciente. Esta parece ser uma orientação quanto à qualidade em saúde que pouco se preocupa com a saúde dos funcionários, visualizando-os como apenas braços executores e/ou esponjas que devem absorver as necessidades dos clientes.

Em 1999, é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Seu surgimento veio a partir de uma sistematização de normas e portarias que foram criadas desde 1989 a fim de dar parâmetros para que o serviço prestado pelo hospital seja mais “acreditado” pelos clientes (Cunha & Feldman, 2005). Trata-se de um órgão regulador e credenciador da melhoria da qualidade da assistência à saúde. Os hospitais interessados se credenciam junto ao órgão que, por sua vez, faz inspeção por meio de auditores avaliando indicadores baseados nos critérios postulados pela Organização. É importante ressaltar que a avaliação não é feita em um setor isoladamente, mas sim na instituição por completo. Segundo Lima e Erdmann (2006), a acreditação hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização, de ordenamento dos hospitais e de educação permanente, tanto de seus funcionários quanto de seus líderes.

Seguindo os pressupostos de Deming (1990), a ONA avalia as instituições em três dimensões:

- Estrutura: características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial; área física compatível; quantidade de funcionários; qualificação destes funcionários; recursos materiais e financeiros; sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos; condições higiênicas compatíveis.
- Processo: prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos; reconhecimento de problemas; métodos diagnósticos; diagnósticos; cuidados prestados.
- Resultado: conseqüências das atividades realizadas; mudança no estado de saúde do paciente; satisfação do usuário e do trabalhador.

A partir destas três dimensões, a Acreditação Hospitalar foi dividida em três níveis de excelência: 1 (Acreditada, nível mais baixo); 2 (Acreditada Plena, nível intermediário), e; 3 (Acreditada com Excelência, nível mais alto). Cada nível corresponde a uma das dimensões citadas anteriormente: Acreditada – estrutura; Acreditada Plena – processo; Acreditada com Excelência – resultado.

Portanto, as exigências do Nível 1 buscam os requisitos básicos para assistência prestada nas especialidades oferecidas com recursos humanos compatíveis e habilitados, sob supervisão técnica devidamente habilitada. As de Nível 2 contemplam adoção de planejamento de ações na assistência hospitalar referente à documentação, força de trabalho, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisões clínicas e gerencial. No Nível 3, as políticas institucionais de melhoria contínua devem ser evidenciadas: nas estruturas, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, com a utilização da tecnologia da

informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Quanto aos serviços de enfermagem, os critérios avaliam, basicamente, quadro de pessoal em relação ao número de leitos, a titulação ou a inserção no Conselho Regional de Enfermagem ou as anotações no relatório do prontuário do paciente (D’Innocenzo, 2006). No entanto, para Cunha e Feldman (2005), tais parâmetros não são suficientes para avaliar como um todo o serviço de enfermagem. Além disso, a qualidade da enfermagem se dá em prol da satisfação do cliente/paciente.

A certificação é um processo que passa por auditoria, ou seja, um comitê formal e especializado que **avalia** uma dada empresa naquilo que compete à certificação. Sendo assim, trata-se de um julgamento (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

A fim de alcançar a avaliação, faz-se necessária a sistematização das ações, independentemente do nível de acreditação. Para tanto, sugere-se a criação de indicadores. Estes, em sua maioria, são resultados de uma equação matemática que avalia os desempenhos e produtos das ações em saúde. É imperativo que a empresa que adota a Gestão da Qualidade e se submete aos processos de certificação tenha seus desempenhos em indicadores. No entanto, o imperativo é tão forte, a ponto de as empresas tornarem os números em verdades absolutas, que dão conta de todos os processos de trabalho avaliados.

Estudos com certificações hospitalares não são muito vastos, haja vista a recente implantação de tal ferramenta. Porém, já existem alguns estudos no país que trazem esta nuance, apesar de estarem focados no processo de implantação de tal “benfeitoria” (Cunha & Feldman, 2005; D’Innocenzo, 2006).

Paim e Ciconelli (2007) acrescentam outro cliente a ser satisfeito em enfermagem: os planos de saúde. Segundo a Lei 9.659/98, as operadoras de plano de

saúde se tornaram co-responsáveis na oferta de assistência de qualidade. Daí, criou-se a necessidade de auditar as instituições de saúde que possuem o respectivo plano. Esta descrição pode ser acrescentada como mais um fator que impossibilita a autonomia dos profissionais de enfermagem em seu trabalho, pois devem estar sempre prestando contas às operadores de plano de saúde sobre a quantidade de material utilizado e o porquê desse uso.

Além das orientações da ONA, existe outra determinação em relação à busca de melhoria da assistência da enfermagem: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se configura como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico em enfermagem. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem. A metodologia permite que se alcancem resultados pelos quais o enfermeiro é responsável: rotinas de assistência, como banhos, administração de medicamentos, higiene, sinais vitais; quantidade de técnicos de enfermagem e enfermeiros por setor; gestão destes funcionários em escalas e em tarefas, dentre outras ações assistenciais (Cordeiro, 2001).

Truppel, Meier, Calixto, Peruzzo e Crozeta (2009), ao analisarem a SAE em UTI, ressaltam que tais prescrições proporcionam cuidados individualizados. As ações orientadas para a unidade consistem na documentação das etapas do processo de enfermagem (evoluções dos pacientes), a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento e a avaliação de enfermagem.

Portanto, a bibliografia nos mostra que, tanto a SAE quanto as prescrições da ONA são metodologias que visam a organizar as ações em enfermagem. Porém, as diretrizes da SAE parecem estar mais de acordo com o real de trabalho dos profissionais de enfermagem, pois se baseiam em preceitos éticos, técnicos e morais da profissão,

implicando ações baseadas no raciocínio clínico. Já as prescrições da ONA buscam atender a critérios de qualidade que zelam pela satisfação e fidelidade do cliente. Existe ainda há uma terceira instância que participa ativamente no real de trabalho desses profissionais: os planos de saúde, que buscam auditar (e duvidar) constantemente as (das) ações de enfermagem no servido privado. Desta forma, a enfermagem em unidade de terapia intensiva em hospital privado torna-se pouco autônoma para agir em seu trabalho, preocupando-se mais com as prescrições a serem atendidas do que com o cuidado em si do paciente. Com isso, o sujeito se torna um produto.

Para Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008), a administração em saúde está mais voltada para os princípios da administração clássica, científica e burocrática. Tal quadro se assemelha a orientações tayloristas após o surgimento do movimento neoliberal. O reflexo disso é o distanciamento percebido entre gestores, instituições, equipe de saúde e clientes. Assim, uma apatia burocrática é instalada quando se vê a alienação dos que estão inseridos nos hospitais (profissionais de enfermagem, gestores e diretores), ao buscar apenas as metas econômicas. Tal quadro, instigado por autores como Mezomo (1995), auxilia para o desinteresse destes profissionais com seus trabalhos, tornando-os indiferentes e insensíveis ao sofrimento humano.

No capítulo seguinte, conceitos em psicodinâmica serão abordados, trazendo estudos publicados e discussões acerca do trabalho da enfermagem na UTI sob a ótica desta vertente teórica. Questões sobre a avaliação do trabalho, modelo de qualidade total e certificação de qualidade serão exploradas de forma a embasar posteriores discussões.

2. A Psicodinâmica do Trabalho

Neste capítulo, serão abordados os principais conceitos em psicodinâmica do trabalho que articularão com os levantamentos bibliográficos de estudos encontrados nesta temática, bem como o entendimento na gestão da qualidade total. O quadro referente aos profissionais de enfermagem, o trabalho deles em UTI, os aspectos dos adoecimentos relacionados ao seu trabalho e as questões levantadas acerca da certificação hospitalar serão discutidas.

O estudo do processo saúde-doença no trabalho pode tomar rumos diferentes, se explorado sob óticas diferentes como a da administração, de abordagens cognitivo-comportamentais, de abordagens com base na epidemiologia e/ou diagnóstico, da sociologia clínica e a da psicodinâmica do trabalho.

A administração tem como foco os processos administrativos para análise. Portanto, os esforços científicos estão no aprimoramento destes processos. Entende-se que um processo bem feito não deixará lacunas para erros e/ou adoecimentos (o que, para esta vertente, não deixa de ser um erro). Logo, quando acontece um adoecimento ou um erro, a explicação está na desobediência aos processos.

Nas abordagens que envolvem o cognitivo-comportamental, a ênfase maior se dá nas vivências do estresse. Sabe-se que se trata de um fenômeno clínico, com boa aceitação da ciência para publicações, haja vista a quantidade de publicações recitadas neste estudo quando se abordou a saúde dos profissionais de enfermagem. Por representar uma abordagem clínica, seus estudos buscam olhar por sintomas físicos, como dores de cabeça, cansaço, fadiga e níveis de cortisol no sangue. O lado ativo do trabalhador, nesta abordagem, encontra-se nas estratégias de *coping* para evitar o esgotamento.

Há ainda as abordagens com base em modelos epidemiológicos, que visam a traçar perfis e descrições contextuais que possam apresentar um panorama das vivências de saúde-doença no trabalho. Codo (2002) traz que estas vivências se apresentam como um fator intrínseco ao psiquismo. A orientação está na psicopatologia do trabalho, portanto a rotulação de vivências em diagnósticos predefinidos em manuais.

A sociologia clínica traz visão crítica sobre o fenômeno. Sua estruturação teórica perpassa a sociologia e a psicanálise, tendo proximidade com a psicodinâmica do trabalho. Portanto, a noção de sujeito aqui agrega as duas teorias: um sujeito multideterminado em suas ordens política, social, histórica e cultural (Gaulejac, 2007; Siqueira, 2009). Nestas dimensões, os aspectos inconscientes são levados em consideração como ideal de ego. As reflexões na teoria trazem boas análises acerca das estratégias das empresas, porém colocam o sujeito participando de forma passiva nos modos de engajamento na relação com a empresa, que se dá a partir de um imaginário que ela tenta impor ao sujeito.

A psicodinâmica do trabalho surgiu da indagação em como os trabalhadores, em sua maioria, conseguem, apesar de situações constrangedoras, preservar o equilíbrio psíquico, mantendo-se na normalidade. A noção de sujeito é tida como um ser sofrente, ou seja, o sofrimento é uma característica intrínseca. No entanto, assim como preconiza Freud (1930/1969), o mesmo sujeito sofrente busca vivenciar prazer. Logo, o prazer não é um estado, mas sim uma conquista. Por isso, o foco de seus estudos se diferencia dos demais contemporâneos por se preocupar com a capacidade de os profissionais estarem trabalhando frente a tantas adversidades percebidas no ambiente de trabalho.

Para Dejours (1985, 1997, 1999, 2008a) e Mendes (2008), haverá sempre diferença entre o que é prescrito pelo trabalho e o real da atividade executada. O prescrito de trabalho se refere às sistematizações por meio de normas e regras. Já o real

de trabalho abarca as prescrições formais, mas também as informais. O real fica presente na organização de trabalho deste sujeito.

O estudo da organização do trabalho tem sido vasto, em termos de categorias estudadas: na construção civil (Barros, 2007); bancários (Ferreira, 2007; Castro-Silva, 2006; Rossi, 2008; Martins, 2002; Rocha, 2003); trabalhadores autônomos (Antloga e Costa, 2007); servidores públicos (Holanda, 2007); enfermeiras (Mendes e Linhares, 1996); controladores de tráfego aéreo (Mendes e Araújo, 2007); professores em ambiente virtual (Freitas, 2006) e até mesmo pastores de igrejas (Silva, 2007). Alguns destes estudos serão abordados a seguir.

A organização do trabalho de bancários apresentada no estudo de Rocha (2003) mostra uma sobrecarga não somente das horas trabalhadas – quando a hora extra se torna habitual –, mas também das atividades que os bancários deveriam exercer. O objetivo do estudo foi estudar os Dorts na categoria. A dinâmica auxilia na existência de doenças osteomusculares por causa do ritmo de trabalho imposto e mantido pelos próprios bancários.

Ao estudar as situações de assédio moral no trabalho, Ferreira (2007) entrevistou bancários afastados por depressão e funcionários de uma empresa de entrega anistiados na época da ditadura militar no Brasil. O adoecimento acometido nos entrevistados era originado nas pressões excessivas do trabalho que exerciam somadas às estratégias perversas da organização do trabalho, que não tinham outra finalidade senão desestabilizar os trabalhadores. As atitudes perversas eram exercidas por chefias imediatas, com anuência (às vezes, indireta) da chefias de alta cúpula e de colegas de trabalho, que demonstravam indiferença pela situação.

A categoria dos controladores de tráfego aéreo também foi analisada por Mendes e Araújo (2007). O contexto do estudo ocorreu logo após grave acidente na aviação civil

brasileira em 2006. Na época, a competência dos profissionais foi posta em xeque por causa do acidente. Diante da situação de humilhação pública, a resposta dos profissionais foi a operação padrão, que será devidamente explorada no próximo subtítulo. Porém, o que importa, no momento, abordar neste estudo é o contexto de trabalho ao qual estavam submetidos: volume intenso de trabalho, atividade de alta periculosidade, repressão excessiva. É uma descrição que foi ignorada quando foram julgados a respeito do acidente, tanto pelas chefias, quanto pela mídia.

Em estudo com servidores públicos alcoolistas, Holanda (2007) descreveu a dinâmica vivenciada pelos sujeitos alcoolistas em sua instituição. Nesse caso, os entrevistados eram alcoolistas assumidos e que já tinham a doença antes de ingressarem no serviço público. Porém, o resultado da pesquisa fala em como o trabalho foi, no primeiro momento, vilão para que a doença se fizesse presente pelo fato de a atividade exercida ser desprovida de sentido para os entrevistados, e, num segundo momento, salvação ao engajar o sujeito alcoolista no processo produtivo do trabalho.

No entanto, é passível de discussão a função que o alcoolista desempenha naquela dinâmica de organização do trabalho, como alguém que não dá conta do trabalho e vai beber, sendo aquilo que pouco se valoriza num ideal social e também da empresa. Portanto, não se pode ver a situação apenas por um aspecto da doença “alcoolicismo”, mas também em como a organização desse trabalho funciona para que o alcoolista tome lugar. Em outras palavras, o sintoma de beber compulsivamente não é algo intrínseco somente ao sujeito, mas também um sintoma permissível na organização do trabalho que aceita tal vício e viciado, e depende indiretamente dele, mesmo não sendo aceito conscientemente. Por mais que pareça um alívio que o alcoolista esteja afastado ou não comparecendo ao trabalho, ainda há expectativa de volta do trabalhador, que voltará à mesma dinâmica de tratamento.

Assim, pode-se definir a organização do trabalho como o espaço onde as normas são instituídas por meio de regras, atividades, tarefas e relacionamentos interpessoais, sejam verticais e/ou de seus pares. Além disso, é o espaço de negociação e resolução de conflitos do trabalho, que perpassam por dimensões técnicas, éticas, simbólicas, constituindo o espaço onde o trabalhador busca seu senso de identidade profissional, bem como fronteiras para lidar com o real de sua atividade. Trata-se de um *lócus* dinâmico onde há sempre a readaptação deste real e na nova dinâmica.

É importante ressaltar que, quando se fala em organização do trabalho, não está se referindo direta e unicamente à empresa e suas ações, mas sim de instância dinâmica criada espontaneamente de arranjos entre os trabalhadores, clientes, produto, produção, produtividade e relações de hierarquia.

Quando acontece um adoecimento e/ou acidente de trabalho, pode-se investigar também aspectos da organização do trabalho, pois ela é quem norteia ações e reações dos trabalhadores a partir da concepção de sua realidade de trabalho. Isto já é feito em processos judiciais quando há denúncia de assédio moral, pois a justiça aceita que o contexto de trabalho tem forte influência para se chegar a este ponto de violência.

Para Dejours (1985, 1999, 2004a), a organização do trabalho **desencadeia** situações de prazer, sofrimento, bem como de adoecimentos. Jacques (2003), no entanto, critica que a psicodinâmica desconsidera a vida particular e singular do sujeito. Porém, o entendimento é de que o sofrimento atual tem sua formação em situações conflituosas construídas numa história de vida singular. Não faz parte da análise em psicodinâmica desta história, mas sim do que está sendo desencadeado na organização do trabalho. Desse modo, é intrigante perceber em estudos aqui abordados que profissionais com histórias diferentes trazem vivências semelhantes na mesma

organização de trabalho e se arranjam de modo democrático para lidar com o mesmo sofrimento.

O sofrimento é analisado em duas dimensões por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994): diacrônica e sincrônica. A primeira se refere à história singular de cada indivíduo no passado, suas memórias e concepções próprias acerca das relações interpessoais. Na dimensão sincrônica, preocupa-se com o sofrimento atual que emerge do encontro do sujeito com as contradições do real de trabalho, entre o que é prescrito e o que é vivenciado de fato no seu cotidiano. A diferença é preenchida com a inteligência prática do trabalhador, quando possibilitado em seu contexto de trabalho.

O sofrimento é percebido no estudo de Rocha (2003) com volume de trabalho e pressão por metas, às vezes inatingíveis, que conferem situações de uma realidade para a qual os bancários não estavam designados a vivenciar, ou seja, fora de um prescrito que pudesse orientá-los. Se participasse do prescrito o volume de trabalho, talvez os bancários não adoecessem (ou não aceitariam o trabalho, ou não haveria frustração e indignação por exercer atividades além do esperado).

No caso dos controladores de tráfego aéreo (Mendes e Araújo, 2007), o sofrimento foi percebido pela rigidez excessiva com a qual os profissionais vivenciavam com as chefias. Além disso, havia a frustração da ausência de reconhecimento pela fuga à prescrição do número excessivo de aviões sob responsabilidade de cada controlador. O descaso gera sentimentos de inutilidade e raiva, expressos pela estratégia coletiva de operação padrão.

Em Ferreira (2007), o sofrimento era vivenciado de maneira isolada, pois as violências mais pesadas eram direcionadas para cada um dos bancários e anistiados entrevistados no estudo. A fim de fugir das violências, os profissionais viam como

produzir mais e mais. No entanto, tal produtividade não era reconhecida, o que levou ao adoecimento por depressão.

Quanto aos servidores públicos alcoolistas, Holanda (2007) disserta que as vivências de sofrimento eram intensificadas pelo descaso que a empresa revelava para com o vício dos profissionais. Atribuía-lhes tarefas sem sentido, impossibilitando-os de qualquer vivência de prazer.

O sofrimento psíquico no trabalho é definido, então, como vivências individuais e/ou compartilhadas concebidas como experiências dolorosas relativas à angústia, medo, insegurança, falta de reconhecimento ou inutilidade. São vivências frequentes e às vezes inconscientes, provenientes de limitações que a organização de trabalho impõe quanto à gratificação de desejos. O sofrimento pode ser fonte de prazer, quando a organização do trabalho permite a emancipação do sujeito com o uso de estratégias defensivas.

Assim como na psicanálise, a psicodinâmica percebeu mecanismos de defesas – tanto coletivas quanto individuais – para tentar amenizar o sofrimento. Logo, a normalidade foi se tornando o foco de estudos da psicodinâmica do trabalho: por que as pessoas, “sobrevivendo” em tais situações laborais, conseguem trabalhar?

A psicodinâmica do trabalho propõe que, a partir do momento em que se percebe o sujeito em constante negociação com a organização de seu trabalho, ocorre a presença de defesas e estratégias operatórias. Quando a organização do trabalho não permite ajustes, o sofrimento se instala, pois não há sublimação da tensão criada pelo bloqueio do desejo do trabalhador para com sua própria organização de trabalho. É nesse momento que o corpo sente as conseqüências de tal conflito: é o instante no qual se verifica a passagem ao ato da impossibilidade de negociação, dores nos braços, nas

pernas, na cabeça, febres, náuseas, enfim, um processo de sabotagem inconsciente do próprio trabalho, mas sentido no corpo.

O limite de flexibilidade da organização do trabalho é também o limite no qual o mecanismo de defesa do sujeito suporta, ou seja, quando as estratégias defensivas falham, há predomínio do sofrimento (Mendes, 2007), podendo levar à patologia. Dejours (2004a) entende que os atuais modos de gestão, calcados nos ideais neoliberais e da flexibilidade das relações trabalhistas, pregam uma liberdade no ambiente de trabalho, mas ao mesmo tempo impedem que o sujeito entre em contato com os próprios desejos e emancipação. Além disso, impõem ao sujeito buscar estratégias que visem apenas à produtividade.

Para manter a normalidade e equilíbrio no trabalho, Dejours (1985; 1999) propõe o uso de estratégias de mediação individuais e coletivas. Elas têm como função primordial a manutenção do sofrimento, evitando que ele tome conta do sujeito, buscando restabelecer vivências de prazer. O equilíbrio do aparelho psíquico torna-se, então, uma conquista marcada pelo uso das estratégias, que podem ser defensivas ou de mobilização subjetiva. Esta é utilizada quando o prazer não é vivenciado diretamente no trabalho, sendo o sofrimento transformado em prazer (sofrimento criativo). É caracterizada pelo uso de recursos psicológicos do trabalho a partir do espaço de publicidade de discussões sobre o trabalho. Seu objetivo é o de resgatar o sentido do trabalho para o sujeito-trabalhador (Dejours, 1985, 1997, 1999; Ferreira e Mendes, 2003), pois o trabalho é estruturante para este sujeito em psicodinâmica, podendo ser fonte de prazer e emancipação.

Desta forma, o sucesso da mobilização depende da subjetividade do trabalhador (história de vida, aspectos da personalidade, enfrentamentos e vivências), de seu saber-fazer (inteligência que ele exerce para regular sua vivência com o trabalho prescrito) e o

acolhimento no coletivo de trabalho (construção entre trabalhadores de cooperação em que se constituem normas e se estipulam valores como o que é bom, ruim, justo ou injusto). Portanto, a transformação na organização do trabalho é possível quando se usa tal mediação, estabelecendo a emancipação do sujeito trabalhador em seu contexto de trabalho.

As estratégias defensivas também são mediações para manter o equilíbrio psíquico. Porém, ao contrário das de mobilização subjetiva, o sujeito é instigado a não solucionar a origem do sofrimento, mas sim encontrar um modo de conviver com o sofrimento de forma aceitável psicologicamente. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) esclareceram que as estratégias são mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade que faz sofrer. São caracterizadas por comportamentos de isolamento emocional e/ou social (individualismo), de racionalidade (indiferença) e de passividade (apatia). O uso das estratégias se torna presente quando o sujeito não conseguiu transformar sua organização de trabalho, talvez pela rigidez da atividade e/ou da dinâmica nela instaurada. No entanto, o sujeito pode encontrar soluções que não sejam favoráveis à sua saúde, tornando o sofrimento patogênico, ou seja, que pode levar ao adoecimento, que ocorre quando as estratégias falham. Assim, a doença é a construção de uma destruição de estratégias defensivas que não mais dão conta de transformar o real de trabalho.

As patologias desencadeadas por situações no trabalho são divididas em quatro categorias (Dejours, 2004a): a de sobrecarga (automação e robotização; *karôshi*; *burn out*; *Dort*); pós-traumáticas (profissionais vítimas no exercício da atividade, como policiais, vigilantes); de assédio (fragilização das pessoas, buscando desestruturação de defesas coletivas); depressões, tentativas de suicídio e o suicídio. Entretanto, tais

distúrbios são, antes de tudo, patologias da solidão, pois sua implicação está no fracasso do uso de estratégias defensivas coletivas e individuais.

As estratégias coletivas são acordos, conscientes ou não, elaborados em grupo que buscam amenizar o sofrimento no trabalho, transformar a organização do trabalho ou esconder o sofrimento, buscando manterem-se produtivos (Mendes, 2007; Martins, 2002; Dejours, 2004a). Quando o sofrimento não pode ser ressignificado, as defesas podem evoluir para patológicas, por manterem uma falsa sensação de estabilidade psíquica. Com isso, podem se tornar ideologias defensivas, segundo Ferreira (2007), que mascaram as contradições, sobrepondo as estratégias individuais por meio da racionalização e negação da realidade, recurso muito comum em modelos totalitários.

Quem não compartilha desta construção, ou revela os riscos e perigos a que o grupo está submetido, tende a ser excluído ou isolado por meio de vinganças, insultos, desqualificações e violências. (Ferreira, 2007, p. 82).

No estudo de Holanda (2007), a estratégia utilizada foi a possibilidade do espaço público de discussão, que permitiu a escuta do sofrimento relacionado ao trabalho. Trata-se de escuta isenta de julgamentos ou invasões para orientar ações, como um conselho. O uso da estratégia abriu possibilidades para, primeiramente, enunciação do sofrimento e depois encontrar as próprias estratégias de enfrentamento, sendo um exemplo de mobilização subjetiva.

O caso dos controladores de tráfego aéreo traz o uso de estratégias defensivas interessantes para lidar com o sofrimento: eles relataram que, para evitar pensar na periculosidade de seu trabalho, simulavam brincar de videogame. Esse tipo de simulação permitia que os profissionais não trabalhassem em constante angústia com medo de errar, o que poderia gerar diversas fatalidades.

Com os bancários analisados por Ferreira (2007), as estratégias perversas da organização desestabilizaram as estratégias coletivas, isolando cada entrevistado nos ataques. Como estratégia individual, os entrevistados apresentavam a autoaceleração, que implica a fuga de entrar em contato com adversidades ou assédios. Mesmo assim, é possível perceber o uso de estratégia coletiva: o aumento do ritmo de trabalho.

O uso de estratégias coletivas é percebido como um “luxo” no ambiente de trabalho, haja vista as táticas, técnicas e práticas de recursos humanos ativarem o uso de estratégias cada vez mais individuais.

O prazer em psicodinâmica, como dito inicialmente, é uma conquista. Trata-se de uma vivência individual e/ou coletiva percebida com sentimentos de gratificação, reconhecimento, utilidade, criatividade, satisfação dos desejos e necessidades do sujeito e/ou do grupo (Ferreira e Mendes, 2003; Mendes, 2007; Ferreira, 2007). O prazer torna-se uma vivência emancipadora quando ocorre uma mediação bem-sucedida em relação às contradições da organização do trabalho (sofrimento como criador)

Um fato interessante ressaltado no estudo de Rocha (2003) com bancários é que as vivências de prazer destes profissionais vêm do reconhecimento social, ou seja, dos clientes e de alguns colegas de trabalho. No entanto, é uma relação extremista, pois, quando o cliente tem algumas obrigações para com o serviço requisitado e não quer cumpri-las, são os bancários que devem ser o “porto” de todas as reclamações e reações nervosas do cliente. Além disso, havia vivências de prazer por se sentirem úteis ao cliente. A vivência mascarava a simplicidade da tarefa, que não permitia tantas mediações. Sendo assim, os bancários obtinham o reconhecimento social, mas não pela tarefa. Quando se é reconhecido socialmente (julgamento de utilidade), tem-se um reconhecimento pelo tanto que o trabalhador foi útil. Quando ocorre o reconhecimento por pares de trabalho e/ou chefia (julgamento estético), constitui-se o reconhecimento

profissional e da inteligência prática empregada para um trabalho bem feito (Martins, 2008).

Para os controladores de vôo, as vivências de prazer eram mediadas pela estratégia coletiva e constituição de uma identidade profissional. Além disso, havia o sentimento de orgulho pela importância que o trabalho exercido por eles constata.

Com os alcoolistas, a vivência de prazer era construída pela mediação do espaço público de discussão, permitindo superação da dinâmica de trabalho monótono, sem sentido e desprovido de importância dentro da empresa.

Todavia, o presente estudo visa ao trabalho dos profissionais de enfermagem. Assim, alguns estudos em psicodinâmica com a categoria serão explorados a fim de embasar discussões pertinentes. Nas pesquisas em revistas de enfermagem, cinco artigos foram encontrados estudando a categoria, sendo que três objetivaram analisar os profissionais em UTI (Mendes e Linhares, 1996; Gutierrez e Ciampone, 2006; Gomes, Lunardi Filho e Erdmann, 2006).

Pai e Lautert (2008) observaram os profissionais de enfermagem inseridos em contextos de urgência e emergência e hospital público de Porto Alegre. Levantou-se que as condições precárias para se trabalhar eram fonte de sofrimento. No entanto, perceberam-se algumas fontes de prazer e mediações para alcançar o prazer. A atividade de enfermagem em si exercida traz sentido, ajudando a manter equilíbrio. Trata-se de um fascínio que causa no imaginário destes profissionais quanto à onipotência de cura. Além disso, existe a autonomia em poder criar nas situações inusitadas do real desta unidade. Com isto, reforçam-se laços de identidade profissional, trazendo, além do reconhecimento pela equipe de enfermagem, o dos clientes, como forma de superar e compensar a precariedade dos recursos materiais.

As mesmas autoras estudaram as estratégias de enfrentamento do adoecimento com profissionais de pronto-socorro de um hospital público. Foram constatadas quatro estratégias coletivas de defesa: distanciamento diante da morte; afastamento quando a sala está superlotada; despersonalização conferida pela frieza e humor nas atitudes de trabalho; apego aos procedimentos técnicos (Pai e Lautert, 2009).

Na situação de morte, as profissionais relatam que ela é vista, às vezes, como sorte, pois se o paciente resistisse, ele poderia morrer pela falta de um equipamento ou medicamento. Quando ocorre superlotação, os profissionais procuram outras atividades distantes fisicamente da sala para se ocuparem. A vivência de ver a unidade superlotada é a mesma do bancário quando recebe uma meta impossível de atingir: significa um prescrito que o real não suporta, portanto, é melhor não enfrentar. A despersonalização foi constatada com a frieza e humor de alguns comportamentos. Reações perversas nesse nível implicam ações organizacionais igualmente perversas. Por fim, o apego aos procedimentos técnicos surge quando da impotência de cura ou melhora, pois é possível se defender dizendo que se fez tudo que era cabível tecnicamente.

Em estudo com enfermeiros, Mendes e Linhares (1996) relataram sobre a forma de enfrentamento ao sofrimento psíquico causado pela atividade do enfermeiro em UTI. Os resultados obtidos mostram que o enfermeiro se defende utilizando quatro estratégias: impessoalidade no contato com o paciente, distanciamento emocional; evitar a comunicação e valorização dos procedimentos técnicos. As estratégias são fundamentais para enfrentar o sofrimento, porém seu uso constante pode acarretar adoecimento, ou comportamentos patológicos. Assim como em Pitta (1999), Mendes e Linhares (1996) percebem que a atuação do enfermeiro é mediada pela estratégia da frieza no atendimento, mas não pelo mau-caratismo, e sim pela impossibilidade psicoafetiva em lidar com o sofrimento alheio, que, além de ser por causa da doença,

também o é por sua situação financeira pouco vantajosa. Assim, o profissional de enfermagem fica entre a caridade e o cuidado.

Gutierrez e Ciampone (2006), ao acompanhar o processo de morte de pacientes com profissionais de enfermagem, constataram que os profissionais obtêm prazer no trabalho quando estão possibilitados em demonstrar afeto e dedicação ao lidar com a dor e o sofrimento do paciente. Ainda, a intensidade do prazer é diretamente proporcional à recuperação do paciente.

Gomes, Lunardi Filho e Erdmann (2006) relatam vivências de sofrimento psíquico em profissionais de enfermagem a partir da organização do trabalho observada: rígido controle de tempo; falta de materiais e equipamentos adequados; quanto mais crítico o quadro de saúde do paciente, mais intenso é o sofrimento; dupla jornada; trabalho nos finais de semana; organização sempre presente do setor (para que, numa urgência, tudo esteja à mão). O estudo surgiu de uma demanda de alta rotatividade no setor. A conclusão é a de que a alta rotatividade representa a insatisfação dos profissionais nesse setor. Ainda existe a rigidez das ações de cuidado ante à hierarquia centralizadora, impedindo o agir criativo na profissão.

Portanto, a organização do trabalho é vista como rígida por existirem sistematizações excessivas quanto aos procedimentos e técnicas utilizadas. Trata-se de estratégias por parte da organização para evitar o erro e/ou a perda de um paciente/cliente. Além disso, há exigências para que o paciente saia curado e satisfeito.

O trabalho dos profissionais de enfermagem em UTI é tido como fonte de prazer, quando possibilitados de agir com autonomia e criatividade na prestação de cuidados e de ver o paciente recuperar a saúde; vivenciam a onipotência pelo cuidado; são reconhecidos pelo paciente/cliente.

O sofrimento psíquico se instala quando os profissionais: são impossibilitados de exercer suas atividades com certa liberdade; trabalham em condições precárias, com a falta de materiais, equipamentos e/ou mais profissionais; trabalham em prol de orientações meramente econômicas; recebem baixos salários; cumprem dupla jornada de trabalho; lidam constantemente com a morte e impossibilidade de ajudar; são pouco reconhecidos dentre da equipe de saúde; utilizam, em sua maioria, estratégias coletivas para enfrentamento, dentre elas: distanciamento afetivo; frieza e humor; aumento do ritmo de trabalho visando a evitar o próprio sofrimento e/ou do paciente grave; exaltação aos procedimentos técnicos.

A seguir, a variável da excelência no trabalho de enfermagem será analisada a partir de estudos críticos e a psicodinâmica do trabalho.

2.1. A Excelência na Psicodinâmica do Trabalho

Alcançar resultados que tragam produtividade têm sido a arma das empresas para se comunicarem com seus funcionários. Para isso, as políticas de recursos humanos têm se reeditado desde o taylorismo, com suas ideologias, teorias e práticas voltadas para a gestão da qualidade e, por conseqüência, para a excelência. O uso dessas práticas pode ser abordado em algumas vertentes, como a administração, a sociologia clínica e a psicodinâmica do trabalho.

Esta dissertação traz a temática da gestão da qualidade, que é considerada em vários campos da ciência. Na administração, este estudo poderia se tornar como mais um a exaltar por completo o uso deste modelo de gestão e que, talvez, a conclusão sobre vivências de prazer e sofrimento fosse: o único sofrimento percebido foi daqueles que não estão inseridos na empresa que utiliza tal modelo, tamanho o positivismo desta vertente acerca da produtividade em excesso.

Na sociologia clínica, muitos estudos trazem a análise deste fenômeno da excelência, porém com maior teor crítico. Lima (1996) percebe que a excelência está num nível ideológico, exigindo dos profissionais escolher entre dois caminhos: ou desistir da profissão ou a superidentificação com este ideal. Gaulejac (2007), Siqueira (2009), Aubert e Gaulejac (2007) e Lima (1996) concordam que a tática utilizada atualmente nesses modelos busca o controle por meio da culpabilização e pelo afetivo. Procura-se criar nos trabalhadores os ideais de sua vida projetados nos ideais da empresa. Com isso, a empresa economiza em normas e orientações internas que fossem reprimir comportamentos e desejos não tolerados por ela. É a transformação da gestão de pessoas pela gestão dos afetos.

Como dito anteriormente, a psicodinâmica preocupa-se com o real de trabalho e as vivências de prazer e sofrimento advindas da distância entre o prescrito deste real. O presente estudo busca acessar a escuta deste real de trabalho, inserido na organização do trabalho. Além disso, o uso das estratégias defensivas e coletivas torna-se um modo de enfrentamento nesta organização de trabalho que faz parte da análise em psicodinâmica e que não seriam exploradas em outros referenciais. Porém, os dados aqui apresentados poderiam ser bem aproveitados em outras vertentes, principalmente pela sociologia clínica.

A fórmula para a excelência baseia-se, fundamentalmente, na burocratização das atividades e processos da empresa. O movimento gera regulamentos e documentos que embasam as ações prescritas e esperadas da empresa, segundo suas metas, protegendo os trabalhadores de comportamentos e ações fora do aceitável. No entanto, como manter total isenção de adversidades ao que foi prescrito? Parece que a obsessão em atender ao prescrito sufoca a ponto de a própria empresa agir contra ou fora de seus próprios padrões regulamentados, caindo em ações contraditórias, com discurso e práticas

ambíguos. É um quadro que fortalece mais a empresa e deixa o trabalhador mais vulnerável. Portanto, além dos custos financeiros altos da excelência, deve-se ponderar também os altos custos psicológicos.

Nessa forte tendência de burocratização, há a prescrição do trabalho que visa a estipular ações diante das atividades. Isto oferece previsibilidade tanto à empresa quanto ao trabalhador. Também, é uma forma de torná-lo banal, simples e sem sentido, pois, seguindo as prescrições, qualquer pessoa consegue fazê-lo (Sznelwar e Mascia, 2008): “É só seguir a receita que o ‘bolo’ sai direitinho!”. O trabalho se tornou automatizado (com auxílio de máquinas e sistemas) e robotizado, resultando que a relação trabalhador-produto fique como algo sem sentido. Isto faz com que o trabalhador busque (como que por princípio do prazer) outras formas de reconhecimento que não a provida pela confecção de um produto, fruto de seu investimento: nas relações interpessoais, de poder, nas gratificações e prêmios.

No entanto, é válido questionar como se atende ao prescrito. Para tal, Dejours (2008a) postula a fraude por parte do trabalhador desta prescrição, que não dá conta do real. Para alcançar um bom trabalho, deve-se infringir prescrições. Às vezes, podem existir “acordos coletivos” para transgredir os prescritos. Então, trata-se de uma “qualidade” clandestina. Parece um tanto quanto arrogante afirmar que haja uma prescrição que não dá conta do real, ainda mais que exista a fraude. Isto pode incomodar muitos modelos de gestão positivistas (e narcisistas), tal como o da qualidade total. No entanto, existem aspectos invisíveis abordados anteriormente sobre o trabalho que tais modelos não percebem, confirmando a perfeição dos processos instalados.

A distância entre o prescrito da atividade e a realidade nos modelos de qualidade total é cada vez maior (Dejours, 2004, 2008a). Seus efeitos são organizações de trabalho que intensificam o sofrimento subjetivo pelo não reconhecimento da subjetividade do

trabalhador, neutralizando qualquer tipo de mobilização coletiva, que reforçam o individualismo e reprimem possibilidades de simbolização deste sofrimento.

Dejours (2008a) retoma os conceitos de avaliação do trabalho e do desempenho. Para o autor, deve-se diferenciar desempenho e esforço (ou melhor, subjetividade) investidos para atingir uma meta (Dejours, 1999; 2004; 2008a): o desempenho visa ao resultado e o esforço, *grosso modo*, visa ao caminho percorrido para alcançar (ou não) tal resultado. Cabe ressaltar que este caminho remete à engenhosidade do trabalhador investida nas adversidades do trabalho (Mendes, 2007; Dejours, 2004).

Portanto, na enfermagem, como trabalhar no prescrito sendo que o inusitado faz parte do real (Dejours, 1997)? O inusitado aqui exposto refere-se a fatores como a subjetividade de cada trabalhador, de cada gestor, de cada cliente, assim como a fatores de mudanças externas, como clima, geografia, política externa e interna. Logo, trabalhar é sofrer, em decorrência de relações de dominação, injustiça, humilhação e violências (Dejours, 1999). Entretanto, superar este sofrimento faz parte deste trabalho.

Quando um grupo de trabalhadores burla os padrões da atividade, existe o reconhecimento mútuo da clandestinidade, em que ninguém denuncia ninguém para a chefia. Ou seja, é um sofrimento compartilhado, que mantém o equilíbrio e a “saúde” dos trabalhadores (Dejours, 2004a; Ferreira, 2007). Ele pode não ser anunciado, porém pode ser reconhecido entre os membros do grupo. É o caso do aumento de ritmo percebido em profissionais de enfermagem (Pai e Lautert, 2008).

No entanto, quando o reconhecimento não é mais sustentável, fragiliza-se tal funcionamento (levando ao individualismo), ou se recorre a uma estratégia coletiva, conhecida no Brasil como operação padrão (*grève du zèle*, segundo Dejours, 2008a). Ela se baseia no uso obsessivo das prescrições, de forma a executar apenas o que se postula como perfeito para lidar com o trabalho. Porém, sabe-se que, nas situações em

que trabalhadores adotaram-na, os resultados foram drásticos, tanto para a empresa quanto para os trabalhadores (Mendes e Araújo, 2007). Para a organização, pela situação da greve e conseqüentes perdas financeiras. Para os trabalhadores, por terem trabalhado infringindo os manuais e, mesmo assim, por tomarem a decisão de fazer tal movimento “antiempresa”.

São sofrimentos diferentes. Há o primeiro sofrimento de lidar com o real. Para este, o sujeito é levado à denegação, levando à incapacidade de analisar e refletir, ou seja, de simbolizar. A dinâmica pode ser percebida em comportamentos de apatia, indiferença e individualismo. Um “segundo” sofrimento (pois depende do primeiro para existir) se refere ao lidar com o ideológico deste trabalho. Neste, além de se prescreverem ações, recomenda-se um ideal, que envolve valores: produto com qualidade e satisfação do cliente.

Não há como negar que novas formas de organizar as relações econômicas, políticas e sociais entre os países têm mostrado novas formas de organizar o trabalho, conseqüentemente. A exigência não é somente para a entrega do produto; a demanda exige ainda a perfeição, tanto em estética quanto em tempo de produção. E esta reedição da ordem econômica mundial também traz novas formas de adoecer.

Na gestão da qualidade total, prescrevem-se ações que evitam defeitos e o mau trabalho, além do valor “qualidade”. Porém, trabalhar bem significa assumir riscos de fraudar e também o da frustração de estar desamparado pelo ideal insuficiente da qualidade. Dejourn (2008a) observa que existe a dominação simbólica exercida pelos engenheiros do trabalho – aqueles que pensam sobre a ação – ao desprezarem os modos dos operários pensarem sobre o trabalho (descrição gerencial do trabalho *versus* descrição subjetiva do trabalho).

A descrição gerencial estipula parâmetros de atividades exercidas que atendem ao real de trabalho justamente por não ser feita nem avaliada por quem entende de fato sobre o trabalho exercido. Retorno aos conceitos de avaliação/julgamento do trabalho: pela utilidade e pela estética (Dejours, 2004; Martins, 2008). O primeiro visa ao reconhecimento social, pois o que se pode julgar é se o trabalhador ajudou ou não, algo que envolve gratidão ou raiva e inserção em um grupo social. Quando se julga pela estética, as especificidades e engenhosidades do trabalho são introduzidas: técnicas, procedimentos, instrumentos. Seu julgamento busca o reconhecimento entre pares e/ou chefias, ou entre profissionais do mesmo ramo, pois são trabalhadores que sabem quais são os êxitos e dificuldades da tarefa. Assim, um enfermeiro saberá quando outro realizou um bom ou mau atendimento. Não existe envolvimento afetivo neste julgamento.

No entanto, a problemática das certificações de qualidade começa no processo de obtenção de tal prêmio. Esta se fundamenta na avaliação da produção de determinada empresa. E o que se avalia, principalmente, é resultado do trabalho. Porém, avaliar o trabalho implica mensurar a subjetividade do trabalhador, seu enfrentamento sobre o real e as vivências adquiridas. Tudo isto reduzido a números indicadores se o trabalho foi bom ou ruim (Dejours, 2008a). Avaliar o trabalho, como propõe o autor, é também avaliar os trabalhadores. Infelizmente, os processos de avaliação de desempenho, que são individualizados em sua maioria, buscam justamente individualizar os enfrentamentos de cada um, bem como desestabilizar mobilizações coletivas. A avaliação de desempenho se tornou uma técnica centralizadora, que prevê olhar as dificuldades de cada um, sem que os trabalhadores conversem e/ou convivam entre si.

Avaliar o trabalho faz parte da primeira parte para o processo de obtenção de certificados. Para conseguir certificados de qualidade, a empresa deve exercer total

controle de sua “linha de produção”, com os indicadores numéricos que trazem os resultados de tal trabalho. Além disso, a organização certificadora propõe uma série de critérios que devem ser cumpridos. Acontece que as empresas se reservam direito de exercer as próprias atividades para seguir as prescrições da organização certificadora. Portanto, as metas e orientações são, em sua maioria, delimitadas por estes critérios.

Nesse contexto, os profissionais perdem a autonomia de seu trabalho, tornando-o massante, sem sentido, robotizado e burocratizado. Com isso, temos um quadro de apatia burocrática extremamente clara, ausente de profissionais que expressem liberdade de ações ou de seguir prescrições éticas de sua profissão.

Champagne (2008) ressalta dois mecanismos utilizados perante tal postura de obtenção de certificado:

- a) efeito Prêmio Goncourt: este prêmio foi fundado para premiar artistas e suas obras criativas. Porém, percebeu-se que os participantes buscavam somente corresponder aos critérios expostos do concurso. Ou seja, a empresa persegue, literalmente, o prêmio como uma resposta ao desejo de tal prêmio.
- b) efeito acrobata de circo: neste, o artista se sente na obrigação de tornar sua acrobacia muito mais difícil do que realmente é. Aplicando a analogia à empresa, este mecanismo revela a falta de sentido e banalização da tarefa, fazendo com que o trabalhador precise buscar outras formas de reconhecimento, além da tarefa executada.

Para este estudo, interessa o primeiro fenômeno descrito, o da premiação. Como visto anteriormente, a certificação de qualidade vem de processos quantificados da empresa reduzidos a números aceitáveis pela organização certificadora. Pode-se inferir que a certificação remete ao reconhecimento de tais resultados. Conseqüentemente, reconhece-se o coletivo daqueles trabalhadores que alcançaram as metas, tornando a

premiação uma forma de se apropriar da subjetividade deles e de todos os seus esforços em superar as prescrições para atender ao certificado de qualidade. Além disso, o certificado de qualidade pode se tornar algo distante afetivamente, por não trazer sentido algum para o que o trabalhador fez para merecer aquilo.

Uma reportagem do Jornal *Correio Braziliense*⁵ de 19 de outubro de 2008, focalizou o bem-estar no trabalho. Entre os casos descritos, têm-se investimentos das empresas em programas de qualidade de vida no trabalho, disponibilizando massoterapeutas, espaços para sono no intervalo do expediente ou mesmo para cuidar da estética das unhas. Parece ser, de fato, um “sonho de expediente”, como diz a reportagem. Matérias como essa são freqüentes no meio das publicações de gestão de pessoas e clima organizacional.

Na *Revista Exame* de agosto de 2008, em edição especial, traz as 150 melhores empresas para se trabalhar no país. O processo de certificação é aberto a todas as empresas que se inscreverem para participar da premiação. Daí, uma equipe de especialistas vai às empresas, que se inscrevem para participar de tal premiação, a fim de avaliar os resultados e o ambiente de trabalho delas. Alguns funcionários (escolhidos aleatoriamente e por tempo de serviço) da empresa respondem a um questionário sobre as percepções desta. Os resultados são colhidos e processados pela Fundação Instituto de Administração (FIA). O setor de recursos humanos da empresa avaliada declara as práticas de gestão de pessoas adotadas. Após tais preenchimentos, uma equipe de jornalistas da revista visita as empresas cadastradas (e pré-classificadas) e entrevista funcionários, desde o nível operacional ao gerencial. Por fim, estes últimos dados são confrontados com os primeiros e um consenso é alcançado com apoio da equipe da FIA.

⁵ Por Priscila Mendes (19/10/2008). Um sonho de expediente. *Jornal Correio Braziliense*. Caderno Trabalho & Formação Profissional.

A nota final é composta por 70% dos questionários respondidos pelos funcionários, 25% das políticas de RH declaradas e 5% da visita da equipe de jornalistas. Ou seja, trata-se de um método predominantemente quantitativo. A nota final é conhecida como Índice de Felicidade no Trabalho. A nota do funcionário, Índice de Qualidade no Ambiente de Trabalho (IQAT). E a nota das práticas da empresa, Índice de Qualidade na Gestão de Pessoas (IQGP).

As práticas de gestão declaradas são das mais variadas: participação nos lucros, creche para os filhos de funcionários dentro da empresa, massagem, ioga, academia, sala de sono (descompressão), responsabilidade social e ambiental, salão de beleza, horário flexível, aulas de computação e teatro para os filhos, viagens, carros, plano de previdência privada, psicólogo clínico (de forma a adaptar melhor o trabalhador a seu posto, sem que mude a organização de trabalho dele).

Ferreira (2006)⁶ traz o termo “ofurô corporativo”, que vê este excesso de terapias como forma de relaxar o trabalhador por um dado momento e depois o devolve para o mesmo ambiente estressor. Portanto, deve-se questionar qual a real função de tais mimos ao trabalhador. Num primeiro momento, pode ser difícil ver que tal prática pode ser um tanto perversa. Ora, por que questionar as ações de uma empresa (entre as melhores para se trabalhar) que investe no bem-estar de seus funcionários? Na verdade, a pergunta certa é: por que investir tanto no bem-estar dos funcionários e buscar certificados por isso?

Primeiramente, faz-se necessário voltar à definição de organização de trabalho adotada neste estudo, que se mostra como algo dinâmico, contida de “atores” com funções para que tal dinâmica se mostre de determinada maneira. Assim, pode-se inferir

⁶ Disponível em <http://www.secom.unb.br/artigos/at0306-03.htm>

que os mimos têm função na dinâmica das empresas. Em parte, a empresa precisa que o trabalhador produza. Não só isso, mas que produza qualquer que seja a meta, sem pestanejar. Portanto, com o amparo dos escritos de Lima (1996), Dejours (2008a), Ferreira (2007) e Siqueira (2009) pontuam que tais práticas impedem que o trabalhador analise seu trabalho, questione seus próprios limites de produção, que dificultam a mudança real dos focos de sofrimento no trabalho. Logo, a empresa pode exigir mais ainda do trabalhador. Se ele não gostar, a consciência pesará, pois dificilmente conseguirá trabalhar noutro local tão bem “estruturado”. Trata-se de uma forma implícita de controle pelo trabalhador, que se vê submisso a tais práticas, ou mesmo nem as questiona, ele as segue porque a empresa é muito boa para ele oferecendo tais benefícios.

Outro ponto a ser levantado é o fato de as empresas buscarem (em alguns casos, perseguirem) o certificado de figurar “Entre as 150 Melhores Empresas para se Trabalhar”. Um gesto de preocupação com os funcionários é bastante solícito. Porém, buscar holofotes para verem que tipo de atenção foi dada a eles mostra a parcialidade de tal gesto. Se o benefício é para o funcionário, então o reconhecimento do próprio já bastaria. O que muda quando se busca uma revista para certificar estas ações?

A empresa pode (e deve) ter suas falhas. Porém, deve prover, em sua organização do trabalho, subsídios (de qualquer ordem) que promovam a emancipação do sujeito diante das falhas na empresa. E ainda, que ele não pode ter uma previsão concreta e absoluta, ainda mais se falando de hospital, onde o cliente não vem com programação ou aviso prévio.

A excelência em psicodinâmica é tida como utópica, assim como a perfeição. Estipular parâmetros baseados em qualidades subjetivas permite diferentes interpretações que, entre as quais está a racionalidade econômica para alcançar os níveis

de excelência. Portanto, força o trabalhador a adotar o parâmetro da empresa de qualidade como sendo o seu, tornando-se uma violência quanto à sua possibilidade de se emancipar. Além disso, a prática da excelência postula rigidez excessiva para o cumprimento de critérios que atendem somente à satisfação do cliente, tornando a satisfação forma de reconhecimento no trabalho. Desta maneira, constitui uma armadilha para o equilíbrio psíquico, pois o trabalhador se torna dependente do contato com o cliente, quando não tem o reconhecimento pelo seu real de trabalho. Por fim, a rigidez excessiva engessa as ações dos trabalhadores em seus contextos de trabalho, dificultando as transgressões inevitáveis e necessárias do prescrito de trabalho, intensificando o sofrimento, que pode ser explorado quando as transgressões atendem aos chamados da produtividade.

Nos estudos aqui abordados sobre o trabalho da enfermagem em UTI, é característica a presença de muito mais procedimentos, técnicas e urgências do que nas demais seções dentro de um hospital. Portanto, representa um setor que por si só é extremamente rigoroso. Tanto o é que alguns autores (Lima e Erdmann, 2006; Vargas, Albuquerque, Erdmann e Ramos, 2007) consideram que os esforços de Florence Nightingale na Guerra da Criméia iniciaram o processo de qualidade na enfermagem, mas outros autores (Pitta, 1999; Bulhões, 1994) percebem que os mesmos esforços deram o início à Unidade de Terapia Intensiva. O contexto que será estudado aqui é vivenciado com as prescrições da SAE para esta unidade, as prescrições da ONA para certificação hospitalar e as prescrições que devem atender às necessidades do plano de saúde. Além das tentativas de engessamento das ações em enfermagem, existem as prescrições instituídas para um serviço de qualidade, ou seja, de satisfação do cliente. Como lidar com estas prescrições no real de trabalho para estes profissionais de enfermagem? Quais as vivências percebidas?

3. Método

Esta dissertação traz, como referencial teórico, a psicodinâmica do trabalho, explorada anteriormente em Dejours (1985, 1997, 1999, 2004, 2008a), Mendes (2007a, 2008). O objetivo geral do estudo é comparar as vivências de prazer e sofrimento e as organizações do trabalho entre profissionais de saúde em hospitais privados com e sem certificação de qualidade. Como objetivos específicos, listam-se os seguintes:

1. descrever a organização do trabalho de cada grupo entrevistado;
2. comparar as organizações de trabalho;
3. descrever as vivências de prazer e sofrimento relatadas em cada grupo;
4. comparar as vivências descritas.

Serão expostas a seguir as etapas do método, os participantes, a coleta de dados e a análise destes dados, de forma a dar continuidade ao que foi levantado nas bibliografias publicadas.

Apreender vivências, sentimentos e sintomas pode ser feito de várias maneiras, ou seja, podem ser utilizados vários métodos, tais como: observação sistemática, levantamento de indicadores de absenteísmos (em empresas), anamnese clínica, aplicação de questionários (e tabulação destes) e entrevistas coletivas e/ou individuais. A partir do embasamento teórico e dos objetivos deste estudo, entendeu-se que seria melhor o uso do método qualitativo. Não por ser um método melhor que o quantitativo, mas sim por ser o que se alinha com maior confiabilidade à teoria e aos objetivos explicitados anteriormente.

O método quantitativo tem melhor utilização quando se busca maior abrangência do estudo e dados de frequência de uma dada resposta. Os resultados implicam análises mais superficiais, porém com adequado entendimento de determinado fenômeno. Este

estudo poderia ser feito também com uma abordagem quantitativa, no entanto, seus resultados acarretariam respostas prontas e sugestionadas por questionários.

Já o método qualitativo permite maiores detalhes acerca de determinado fenômeno. Entretanto, impõe barreiras de tempo e, em alguns casos, de autenticidade científica para que o estudo alcance maior abrangência. Porém, questiona-se qual a motivação para que um estudo qualitativo seja também abrangente, tal qual um estudo quantitativo. Para este estudo, utilizou-se a metodologia qualitativa.

3.1. Participantes

Os participantes escolhidos foram profissionais de enfermagem lotados em UTI. Além disso, há a contextualização econômica do hospital que possui a UTI: hospital particular. A escolha foi por conveniência, pois no Distrito Federal não existem hospitais públicos com tal grau de certificação de qualidade. Pelo contrário. Portanto, a amostra de entrevistados escolhida seguiu os seguintes critérios de escolha: ser de hospital particular, regulamentado, com UTI em funcionamento, com ou sem certificação de qualidade (da ONA ou demais certificações), ser profissional de enfermagem com a respectiva habilitação do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e não exercer cargo de chefia ou auditoria na unidade, somente atividades assistenciais da enfermagem em UTI. Dois hospitais participaram da pesquisa:

- i) HC: entrevistados que trabalham em hospital com certificado de qualidade;
- ii) HSC: entrevistados que trabalham em hospital sem certificado de qualidade.

É imperativo que cada grupo apresente a mesma quantidade de entrevistas realizadas e analisadas, de forma a manter igualdade nos resultados. Cada grupo neste estudo é composto de um hospital, com uma entrevista coletiva. Trata-se de um dado pouco expressivo, a fim de conseguir generalizações acerca do contexto hospitalar da rede privada no DF, haja vista que este não é um dos objetivos do estudo. Apesar do universo de 12 hospitais particulares no DF contatados, quatro responderam sobre a possibilidade de pesquisa. Para este estudo, apenas dois hospitais participaram, pois a resposta de um deles veio três meses antes da conclusão da dissertação. O terceiro que respondeu não pôde participar da discussão da pesquisa por não haver a mesma quantidade de hospitais em cada grupo.

O HC existe há 11 anos na capital. Assim como o HSC, herdou a construção de um antigo hospital em Brasília. É uma empresa de médio porte, com cerca de 900 funcionários. Tem regulamentação para funcionar em todas as especialidades, exceto psiquiátrica. Sua UTI é composta de 18 leitos. É um hospital que possui certificação de qualidade e alguns prêmios. Está no nível 1 (Acreditado) certificado pela ONA e pleiteia ações para estar no nível 2 (Acreditado Pleno). Além disso, posiciona-se entre as melhores empresas para se trabalhar no Brasil (tanto em 2007, quanto em 2008), certificado dado pela Revista *Exame/Você AS*; ganhou por dois anos consecutivos (2007 e 2008) o prêmio Top Hospitalar, como o melhor hospital do Centro-Oeste, e busca uma certificação internacional. Os prêmios são expostos em vários meios de comunicação interna (pôsteres nos corredores e correspondências aos trabalhadores) e externa (*outdoors*, revistas, jornais de circulação nacional). Este é quadro contextual que será trabalhado para análise deste grupo.

O HSC é uma empresa de médio porte. Conta apenas dois anos de existência, porém sua construção é de um antigo hospital do DF que fora comprado pela rede do

atual. Até o fim da entrevista, a informação que se tinha era que o hospital possuía 10 leitos em UTI. Este é o dado que irá prevalecer neste estudo, mesmo que o número tenha aumentado ou diminuído, pois se trata do contexto da época da entrevista. Trata-se de um hospital regulamentado para funcionar em todas as especialidades, exceto a psiquiátrica. Não possui qualquer certificação de qualidade. O hospital pertence a uma rede de hospitais e planos de saúde com âmbito nacional. Porém, dados estratégicos da empresa, bem como documentos acerca do hospital e/ou da UTI foram impedidos de serem publicados.

3.2. Estratégia de Coleta de Dados

Como instrumento de pesquisa, optou-se pela entrevista coletiva. Sua escolha se fez necessária pelo embasamento teórico explicitado anteriormente. Na psicodinâmica do trabalho, é dada muita importância ao discurso do trabalhador, mas também às convergências das vivências, bem como às divergências. Com o grupo falando sobre seu trabalho, abre-se a oportunidade do espaço da fala e da anunciação de conflitos entre prescrito e real de trabalho. E, por fim, a entrevista coletiva permite melhores indícios para investigar as estratégias coletivas de enfrentamento (Mendes, 2007b) do que uma entrevista individual.

As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, ou seja, havia um roteiro cujas prescrições não eram necessárias seguir à risca. Desta forma, permite-se maior espaço para a fala dos entrevistados de maneira livre. No entanto, para se ter igualdade das respostas, o roteiro foi o mesmo para todos os entrevistados.

A estrutura de uma entrevista deve seguir os objetivos geral e específicos do estudo: o geral é comparar as vivências de prazer e sofrimento entre profissionais de

saúde em hospitais privados com e sem certificação de qualidade; e os específicos pretendem descrever a organização do trabalho de cada grupo do hospital entrevistado, as vivências de prazer e sofrimento de cada grupo entrevistado e comparar as vivências e as descrições das organizações do trabalho.

Nesse sentido, foram propostas as seguintes perguntas:

- a) Falem-me sobre um dia de trabalho de vocês, desde a hora em que vocês chegam até a hora em que saem.
- b) Como são as atividades que vocês exercem no dia-a-dia de vocês?
- c) Quais procedimentos vocês fazem neste trabalho? Que instrumentos são utilizados?
- d) Como vocês se sentem trabalhando neste ambiente de UTI?
- e) Como vocês fazem para lidar com isto?
- f) Como são os relacionamentos entre vocês?
- g) O que vocês entendem por certificação de qualidade? Este hospital tem algum? Se sim, quais são?
- h) Como estas certificações influenciam em sua rotina de trabalho?

As perguntas de “a” a “f” respeitam o embasamento teórico e os objetivos do estudo. Na psicodinâmica do trabalho, é importante apreender a prática do trabalho e não, aprender a prática do trabalho. É por meio destas questões que se tem acesso ao real de trabalho, ao trabalho vivo que sofre e desencadeia mudanças constantemente. Além disso, elas permeiam a descrição da organização do trabalho, das condições de trabalho, das relações sociais, sentimentos e modos de enfrentamento (Mendes, 2007b). Por isso, estas perguntas permitem ter acesso às concepções que os profissionais de enfermagem têm acerca de seu trabalho, instituindo em seu discurso os parâmetros de outras vivências em outros hospitais, parâmetros nos quais foram educados,

expectativas e enfrentamentos próprios. Já as perguntas “g” e “h” trazem seu foco para a questão da certificação de qualidade no ambiente de trabalho destes profissionais.

A entrevista torna-se central não somente para este estudo, mas para a psicodinâmica do trabalho, por estimular que a revelação do real de trabalho torne-se pública. Além disso, busca-se a escuta do sofrimento, contradições e estratégias de mediação. Por fim, a entrevista permite a reapropriação de si e do coletivo no que diz respeito à inserção política, afetiva e social dos sujeitos (Mendes, 2008).

A entrevista no HC foi realizada dentro da UTI numa sala que serve como uma copa, dispondo de pia com torneira, bebedouro, armários, geladeira e forno de microondas. Participaram três técnicas de enfermagem e três enfermeiras. A duração da entrevista foi de 52 minutos e 45 segundos. Assim como no grupo B, a entrevista foi gravada após consentimento dos participantes e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista no HSC foi realizada numa sala desativada, que futuramente irá abrigar mais leitos da UTI. Aconteceu com quatro técnicas de enfermagem e uma enfermeira. Sua duração foi de 51 minutos e 16 segundos. A entrevista foi gravada, mas somente após consentimento dos participantes e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

É importante ressaltar que o presente estudo não foi submetido a um comitê de ética imparcial, como o da própria universidade ou da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Quando procurado o da universidade, a resposta é que não era necessário, pois não haveria contato com pacientes, somente com os trabalhadores. Já a Secretaria de Saúde não poderia analisar tal pedido, pois se tratava de amostras em hospitais particulares e seu comitê avalia apenas a rede pública de saúde. Portanto, este estudo foi submetido somente ao comitê de ética dos próprios hospitais estudados.

3.3. Análise dos Dados

Como procedimento de pesquisa, escolheu-se a Análise de Núcleo de Sentido (ANS), haja vista a teoria da psicodinâmica do trabalho, na qual prevalece a subjetividade do trabalhador e se coloca o trabalho real em análise. Trata-se de um procedimento resultante de reestruturação feita por Mendes (2007b) da Análise Categorical de Temática (ACT), protagonizada por Bardin em 1977. A seguir, serão expostas algumas semelhanças nesses procedimentos e as diferenças para a escolha da ANS.

Nos dois procedimentos, o discurso do trabalhador é apreendido por meio de entrevista e transcrito em texto corrido. A partir da transcrição, é dado espaço para análise do seu conteúdo. A primeira etapa consiste na leitura flutuante do texto (Franco, 2007). Aqui se faz necessário indicar da postura do pesquisador, que deve estar aberto para receber quaisquer conteúdos, independentemente dos objetivos do estudo. Obtém-se, assim, uma leitura isenta de vícios e tendências preconcebidas. É importante não se comprometer a estabelecer critérios, mas sim emoções e intuições. A leitura vai se tornando mais precisa com o contato mais profundo e com melhor noção do alcance do conteúdo para os entrevistados.

Após esta leitura, busca-se o entendimento deste conteúdo, tanto manifesto quanto latente (Bardin, 1977). Aquele é definido como o conteúdo explícito, as frases e orações ditas e entendidas literalmente. O conteúdo latente é aquele que implica maior investigação do que foi manifestado, correlacionando-o com demais falas, comportamentos e contextualizações, tal qual uma ironia verbalizada, que depende do conhecimento do contexto para se perceber que se trata do oposto ao que foi dito, e que também pode ser “escancarada” com uma risada.

Nesse sentido, mais uma vez se realça a importância da postura do pesquisador que, neste momento, torna-se o analista das entrevistas. Ele deve ir além do seu prescrito e inferir a respeito dos conteúdos de forma a interpretá-los de maneira lógica (Franco, 2007). As inferências, segundo Bardin (1977), são a razão de ser deste procedimento, dando-lhe relevância teórica. Portanto, a pesquisa qualitativa utilizando tanto a Análise de Conteúdo Categorial, quanto a Análise de Núcleo de Sentido, depende da boa formação do pesquisador, que deve adotar uma postura ética e imparcial no recebimento do conteúdo, mas também uma postura ativa que infere e interpreta tais conteúdos, comparando-os e relacionando-os a outros conteúdos.

A próxima etapa implica a constituição das unidades de sentido. É neste ponto que a ANS se diferencia da ACT. O critério utilizado para unificar os conteúdos, para a ANS, é o sentido que ele apresenta, e não o significado. Este é meramente descritivo. O sentido apreende a experiência, a inserção do sujeito nela e concretiza afetos direcionados a esta experiência (Mendes, 2007b).

Utilizando a recorrência dos temas das categorias em Bardin (1977), perde-se justamente na qualidade do discurso apreendido. Por exemplo: há uma fala constante de sofrimento no trabalho no qual a pressão é bem recorrente e, no meio deste discurso, existe uma citação de tentativa de suicídio no local de trabalho. Pela metodologia anterior, este fato é desprezado pela sua pouca recorrência. No entanto, sua magnitude para descrever o impacto do sofrimento de trabalho é bem intensa. Portanto, a metodologia baseia-se na análise de conteúdo utilizando a técnica de núcleo de sentido.

Apesar deste diferencial, a ANS mantém os mesmos requisitos científicos que um núcleo de sentido deve ter para ser definido: exclusividade, pertinência, produtividade, objetividade e fidedignidade. No princípio da exclusividade, os conteúdos devem pertencer a um só núcleo de sentido, não podendo participar de dois

ou mais núcleos. Isto significa que tal conteúdo teve apenas um sentido para o grupo de entrevistados. A pertinência de uma categoria refere-se ao conteúdo dela para o quadro teórico explorado, bem como sendo achado científico. Ou seja, torna-se pertinente para o estudo. No entanto, o núcleo pode não ser pertinente para o estudo, mas coerente cientificamente. Pode-se ir ao fundo do mar preparado e disposto para encontrar uma embarcação naufragada e acabar encontrando uma nova espécie de crustáceo. São imprevistos de real de trabalho que, como dito anteriormente, acomete a todas as profissões, inclusive a de pesquisador.

O requisito da produtividade implica que aquele núcleo de sentido permita fornecer bons resultados e com razoável aplicabilidade científica. A objetividade, como o nome já diz, busca que um núcleo de sentido deve ser escrito na medida certa, sem que se estenda muito e nem que falem conteúdos. Alcançando estes requisitos, tem-se a fidedignidade atendida (Franco, 2007). Com isso, podem ser formados os núcleos de sentido. Geralmente, o núcleo de sentido é definido com uma das falas mais representativas (Mendes, 2007b). Após reunir as verbalizações, colocá-las num mesmo núcleo de sentido, é preciso desmembrá-lo em um texto corrido de fácil assimilação.

Este procedimento deve ser feito, para a mesma entrevista, com dois outros pesquisadores, chamados juízes. Quando ambos tiverem terminado todo o processo, é sugerido que um terceiro acolha as duas análises e veja quais foram os núcleos de sentido mais semelhantes para os dois juízes. Obtém-se aí um núcleo de sentido síntese, que abarca os conteúdos semelhantes e complementares. Desta forma, pode-se dizer que duas pessoas imparciais tiveram percepções semelhantes do mesmo fenômeno, o que implica a confiabilidade do procedimento.

Neste estudo, o procedimento foi feito seguindo tais prescrições, tanto nos requisitos de fidedignidade, quanto na presença de dois juízes e um terceiro para

sintetizar. Um dos juízes foi o próprio pesquisador. A outra juíza foi uma psicóloga e especialista em psicodinâmica do trabalho. E, por fim, quem sintetizou foi a coordenadora deste estudo.

No próximo capítulo, serão apresentados os núcleos de sentido encontrados nos dois grupos e suas interpretações que respaldam os objetivos específicos deste estudo.

4. Resultados

As entrevistas transcritas geraram núcleos de sentido que serão listados a seguir. No Hospital Certificado (HC), os núcleos foram: “É uma caixinha de surpresa, (...) não há rotina”; “Tem que manter a excelência do cuidado e chegar a essa excelência do hospital, que é muito difícil”, e; “Você tem que se isolar um pouquinho de todo tipo de emoção aqui dentro”. No Hospital Sem Certificado (HSC), os núcleos encontrados foram: “A gente tem uma rotina supertumultuada, e tem tempo que não”; “E aqui não existe o meu paciente, é o nosso”, e; “Às vezes tem [certificado], mas não tem uma gerência”.

Primeiramente, serão abordados os núcleos de sentido acerca do HC e, em seguida, os do HSC, todos com uma breve explicação.

4.1. Núcleos de Sentido no HC

Neste grupo de entrevistados, foram encontrados três núcleos de sentido, que passaram pelos requisitos para sua consolidação. Os núcleos encontrados foram os seguintes:

1. “É uma caixinha de surpresa, (...) não há rotina”;
2. “Tem que manter a excelência do cuidado e chegar a essa excelência do hospital, que é muito difícil”;
3. “Você tem que se isolar um pouquinho de todo tipo de emoção aqui dentro”.

O primeiro núcleo de sentido traz descrições acerca da organização de trabalho dos entrevistados do grupo, as divisões de trabalho, procedimentos, instrumentos utilizados, as vivências e estratégias de enfrentamento decorrentes desta organização de trabalho.

Núcleo 1: “É uma caixinha de surpresa, (...) não há rotina”

Definição

Não há rotinas no cotidiano de trabalho, não se pode prever se o dia será tranquilo ou agitado, um caos ou eletrizante. O trabalho é descrito como uma “caixinha de surpresas”. Há noção de como o trabalho irá começar, porém não se tem idéia de como irá terminar. A arquitetura da UTI tem dois lados compostos por leitos. Na divisão do trabalho, os enfermeiros ficam responsáveis por um lado de leitos e os técnicos são designados pelos leitos. Porém, todos os profissionais têm de ter conhecimento do que se passa em toda a UTI para assegurar a continuidade da assistência de enfermagem, oferecer a assistência como um todo. Ao assumirem os turnos, procuram tomar conhecimento do turno anterior e assim se organizam para dar conta das tarefas. Entre as atividades realizadas estão: passar sonda nasointeral, fazer curativos, preparar material para o médico, fazer punção de acesso venoso central, punção de pay, organ, pretex, contraste, drenagem de sódio, punção lombar, entubação, traqueostomia em casos de emergência, procedimentos cardiovasculares, cirurgia cardíaca, desde a administração de um medicamento via oral, até um choque para o paciente voltar de uma parada cardíaca. É preciso estar preparado para lidar com quadros urgentes que exigem resoluções imediatas. Todos são procedimentos que demandam tempo e uma ou várias pessoas para executá-los. O fato de ser um hospital privado aumenta a cobrança sobre os profissionais. Para os enfermeiros não há só a preocupação de lidar com o paciente, mas também de responder às normas burocráticas da organização, o que aumenta a responsabilidade. Há cobrança por parte dos planos de saúde, que funcionam como chefes, obrigando os profissionais a explicar o porquê de terem ministrado

determinada medicação em determinado paciente. Os profissionais precisam aprender a lidar com o humor dos pacientes, que ficam ansiosos, angustiados, reclamam do barulho dos monitores ou das pessoas conversando dentro da UTI. Também têm de aprender a conviver com a agressividade de alguns pacientes, em especial, os que acabam de acordar do coma, que muitas vezes passam por um período de desorientação e de aceitação da nova condição.

Verbalizações

“E é unânime: todo mundo [paciente] que tá aqui quer sair daqui, que tá consciente, que tá acordado, quer sair. Fica angustiado, fica ansioso, o monitor, o barulho incomoda, o barulho das pessoas caminhando e conversando incomoda ele. A gente é agredido verbalmente, fisicamente e você tem que respirar fundo”. “Chegar no plantão e tentar organizar, vamos organizar pra gente tentar priorizar e as coisas correrem”. “Apesar de ser estipulado, por exemplo, a gente divide enfermeiros pelo lado e técnicos pelos leitos, mas você tem, sempre tem que saber o que está acontecendo na UTI inteira como um todo”. “Você termina de um jeito, mas começar nunca é do mesmo jeito, entendeu? (...) Independente de como você chega aqui na UTI, entrando naquela porta, deu de cara, olhou pra dentro da UTI, deu de cara com o carrinho de parada na porta de um leito, a gente já sabe que vai ser uma rotina totalmente diferente, que o nosso dia vai ser corrido”. “Vai ser um dia tranquilo ou um dia agitado, como é que vai ser o decorrer do dia?”. “É o tempo todo, a gente vivendo com a ausência e a intercorrência”. “É uma caixinha de surpresa, então não tem, não há rotina há uma expectativa se hoje vai ser um caos, hoje vai ser eletrizante”. “Eu sempre digo que, aqui na UTI, você nunca tem um dia calmo. Pode ser um dia que você não faça nada fora do esperado, seja um dia tranquilo. Mas você tem que ficar alerta o tempo inteiro”. “A gente passa sonda, nesse caso demora, passa sonda nasointeral, faço curativo, preparo o material para o médico

(...) punção de acesso venoso central, punção de pay, organ, pretex, contraste, drenagem de sódio, punção lombar, entubação. (...) Traqueostomia, se houver necessidade”. “Por ser um hospital privado, a gente tem uma cobrança muito maior. Então, a cobrança existe e ela a cada dia que se passa, ela é uma cobrança maior”. “Porque o convênio, hoje em dia, ele cobra tanto como se fosse um chefe da gente, né? Ontem eu tive que explicar porque eu usei uma medicação num paciente assim e que eu tive que evoluir”.

O segundo núcleo de sentido, que mostrou boa representatividade, remete às percepções e vivências dos entrevistados ante a certificação de qualidade neste hospital. Portanto, traz injunções do real de trabalho.

Núcleo 2: “Tem que manter a excelência do cuidado e chegar a essa excelência do hospital, que é muito difícil”

Definição

A preparação para adquirir a certificação aumenta a cobrança sobre os profissionais, extrapolando as particularidades da tarefa da enfermagem. Muitas vezes, a parte administrativa e a parte assistencial se chocam, porque enquanto a administração do hospital trabalha para manter a certificação ou subir de nível, os enfermeiros se preocupam com a assistência ao paciente. Porém, quem está na parte assistencial precisa ter as duas visões. O nível de excelência pretendido é muito alto, o que intensifica a cobrança. Atender às exigências da certificação gera sofrimento, uma vez que há muitas mudanças na forma de trabalhar, exacerba-se a padronização, ignora-se aquilo que já era rotina dos profissionais, que são obrigados a realizar o trabalho de acordo com o que é exigido para alcançar a certificação. Dessa forma, conciliar excelência de cuidado e excelência do hospital é descrita como tarefa muito difícil. Alguns a consideram quase

impossível. Ao mesmo tempo em que o hospital exige um trabalho de excelência, não fornece aos profissionais adequadas condições de trabalho, como equipamentos e materiais. Tudo isso atrapalha o trabalho e estressa o profissional, o que, às vezes, provoca conseqüências negativas no relacionamento interpessoal. Destacam os benefícios e a visibilidade de se trabalhar em um hospital que possui certificação, pois por extensão o profissional também a possui, já que é da equipe do referido hospital, e isso é muito bom para o currículo profissional. Em contrapartida, a falta de estabilidade profissional e as exigências da certificação geram medo e insegurança nos profissionais da enfermagem. Ao mesmo tempo em que tem medo de não pertencer à equipe do hospital credenciado, apresentam medo do hospital, devido ao estresse e ao cansaço que a função gera. Há um misto de sentimento bom e sentimento ruim pelo hospital. Destacam que, muitas vezes, as creditações são mais estéticas do que internas, não atingem as mudanças realmente indispensáveis para o atendimento do paciente. Ao contrário, preocupam-se mais com aspectos estéticos, como melhorar a cor da parede do hospital, por exemplo. Também existe a questão das coisas que são “maquiadas” visando à acreditação. A pouca valorização do profissional de enfermagem se reflete ainda na questão da certificação, já que se questiona sobre o fato de que fazem tudo para o hospital conseguir fornecer um atendimento de qualidade, mas não recebem nada em troca. Tudo isso, desanima o profissional a investir na qualidade do trabalho.

Verbalizações

“Muitas vezes a parte administrativa e a parte assistencial elas se chocam. (...) E quem está na parte assistencial, ela precisa ter as duas visões”. “Tem que manter a excelência do cuidado e chegar a essa excelência do hospital e que é muito difícil”. “Aquele que vem: ‘eu quero excelência, eu quero ganhar a acreditação máxima, porém, eu não te dou o que você precisa pra trabalhar, mas eu quero que você desenvolva isso e que tenha

dedicação””. “Influencia na cobrança, na conduta. Influencia, assim, depois: no seu currículo, isso é bom”. “Então, a nossa responsabilidade aumenta muito aqui dentro, a gente tem também o dever de manter a certificação e muitas vezes aumentar essa certificação”. “E a gente sofre muito com isso porque muda a rotina, muda a padronização das coisas, estão mudando, entendeu? Então, assim, mais cobrança, um ambiente de muito stress e tem muitas mudanças”. “É estranho você trabalhar na pressão e ainda com medinho de nenhuma estabilidade”. “Só que, ao mesmo tempo eu tenho medo de deixar de ser, tenho medo do Hospital X. Eu tenho medo de me estressar, eu me estresso, eu me canso. É um misto, é uma mistura de sentimento bom, ao mesmo tempo vem sentimento ruim”. “Tenho medo de qualquer tipo de certificação, porque (...), às vezes, muitas das creditações são mais estéticas do que interna, do que realmente precisava”. “Poxa, eu faço tudo pelo meu cliente e quem faz tudo por mim? Quem tá fazendo? Eu tô dando tudo, eu tenho que dar tudo, mas quem é que tá me dando suporte pra realmente eu tá dando esse tudo?”

O terceiro núcleo de sentido remete às estratégias de enfrentamento coletivas e individuais e às vivências de prazer e sofrimento advindas das estratégias.

Núcleo 3: “Você tem que isolar um pouquinho de todo tipo de emoção aqui dentro”

Definição

Destacam a importância do trabalho em equipe, o que ajuda a enfrentar as dificuldades e ameniza a tensão do plantão. Existe bom relacionamento interpessoal. Há pouca valorização do trabalho realizado pelos enfermeiros, o qual é colocado à sombra do médico, que recebe as glórias pelo trabalho, o que gera insatisfação nos profissionais.

Procuram pensar no trabalho enquanto um serviço voltado para a recompensa do outro e não de si mesmo. Consideram o trabalho em UTI gratificante e são recompensadas quando vêem um paciente que chegou quase morrendo sair da unidade andando e sorrindo, e mais tarde voltar ao hospital para agradecer, levar uma lembrança. Entre as dificuldades do trabalho da enfermagem na UTI, está a disciplina para não se apegar aos pacientes, para não sofrerem posteriormente, uma vez tratar-se de pacientes em estado crítico, com risco de vir a óbito. Dessa forma, consideram fundamental à sobrevivência no hospital não se deixar envolver com a história do paciente. Tentam isolar todo tipo de emoção, isolar essa parte humana. No entanto, pontuam esta dificuldade, em especial com os pacientes que estão acordados. O fato de não poderem estar junto aos familiares aproxima os pacientes dos enfermeiros. Os pacientes se vinculam na tentativa de se sentirem amparados, já que estão sozinhos. Depositam toda confiança sobre os enfermeiros, os quais muitas vezes, precisam omitir a verdade ou mentir sobre o quadro de saúde dos pacientes, trair a confiança deles. Tudo isso, gera muito desconforto aos profissionais, que se sentem traidores, vivenciando forte angústia. Destacam a dificuldade em lidar com as famílias, que na maioria das vezes estão surtando, pois querem ficar ao lado do familiar ou apenas saber notícias. Os profissionais estão diariamente submetidos à grande tensão, estão sempre em alerta, pois a qualquer momento pode surgir alguma demanda urgente, qualquer barulho dentro da UTI pode ser o sinal de uma intervenção de emergência. Outra consequência de se estabelecer vínculo com os pacientes está na impossibilidade de deixar aflorar as emoções, uma vez que os profissionais não podem se deixar abater, chorar na frente dos pacientes ou dos familiares. Precisam ter controle das emoções, pois só assim conseguirão enfrentar as demandas do trabalho e socorrer os pacientes no caso de emergências. Às vezes, ficam tristes, deixam uma lágrima escorrer, choram no banheiro, mas rapidamente precisam se

recompor e ir socorrer o paciente ou repassar a informação de óbito aos familiares. Descrevem uma barreira de frieza dentro do espaço da UTI, mas, quando estão fora, os sentimentos ficam extremamente visíveis. Várias são as aprendizagens adquiridas no trabalho de enfermagem, em especial a importância da vida, a valorização do simples acordar, de um aperto de mão, de um agradecimento. É esse tipo de sentimento que vai aflorando entre os enfermeiros, que às vezes os torna muito mais sensíveis do que antes. No final do dia estão exaustos física e emocionalmente, pois vão guardando para si os sentimentos que vivenciam. Quando chegam em casa não querem conversar, reflexo dos problemas que enfrentam no trabalho, o que não é compreendido pelos familiares e amigos, trazendo, como consequência, possíveis desentendimentos.

Verbalizações

“Tendo na sua mente que você tá aqui fazendo um serviço, que não é recompensa pra você, é uma recompensa muito maior: é uma recompensa pro outro”. “Não devemos nos apegar aos pacientes, que a gente sai muito machucada, porque é muito forte tudo o que a gente passa aqui dentro, e se você se deixar envolver com todos eles você não consegue sobreviver aqui fora”. “Você tem que isolar um pouquinho todo tipo de emoção aqui dentro, tem que isolar essa parte humana. Chega aqui você tem que lidar com uma família que tá na porta surtando porque quer entrar e quer saber o quadro do paciente”. “Às vezes faz um barulho, todo mundo olha, assustado, porque sabe que um barulho pode ser alguém caindo, pode ser alguma coisa acontecendo, então a gente sempre tem que tá sempre muito alerta aqui dentro”. “Fato da gente sair daqui exausto e cansado é porque a gente vai guardando e deixando isso tudo dentro da gente, entendeu?”. “Você se torna íntimo sem pedir, sem querer e você passa a fazer parte da intimidade de uma outra pessoa e que a pessoa às vezes confia muito em você e você tá numa postura de que você não pode às vezes retribuir à altura”. “Então, é esse tipo de

sentimento que vai aflorando, que às vezes a gente se torna muito mais sensível do que era antes”. “Aqui dentro você não pode chorar. Até porque a gente realmente precisa estabelecer princípio que você transmite a tranquilidade”. “Tem que guardar o choro, não pode desabafar da maneira que você queria, você chora escondido, você deixa uma lágrima escorrer, e você vai se segurando e...e...vira uma mágoa e às vezes outra parte de você é fria”. “(...) Aí, quando chega o seu problema pra resolver lá fora, não quer saber, não quero mais nada. Hoje chega. Aí, você acaba explodindo também com as pessoas que não têm nada a ver, entendeu?”

4.2. Núcleos de sentido no HSC

No HSC, foram encontrados três núcleos de sentido. Como dito anteriormente, são núcleos que atendem aos requisitos necessários para consolidação como tal. Os núcleos encontrados, que são trechos das narrativas dos entrevistados, são os seguintes:

1. “A gente tem uma rotina super tumultuada, e tem tempo que não”;
2. “E aqui não existe o meu paciente, é o nosso”;
3. “Às vezes tem [certificado], mas não tem uma gerência”;

O primeiro núcleo diz respeito à organização de trabalho dos entrevistados, na sua divisão em atividades, turnos e procedimentos técnicos. Traz ainda as vivências e estratégias de enfrentamento nesta organização de trabalho. Sua definição ficou da seguinte forma:

Núcleo 1: “A gente tem uma rotina super tumultuada, e tem tempo que não”

Definição

Não tem como prever o ritmo de trabalho, ora a UTI está cheia e o trabalho é bastante tumultuado, ora está tranquilo e é possível disponibilizar maior atenção ao paciente. A superlotação da unidade está relacionada ao aumento de convênios feitos pelo hospital, o que implica sobrecarga de trabalho. Funciona por sistema de escala: os profissionais trabalham seis horas por dia, seis dias na semana, e folgam um dia. A escala dos profissionais é feita pelo enfermeiro-chefe. Há necessidade de conhecimentos de farmacologia, pois ao identificarem prescrições médicas inadequadas, procuram questionar e não simplesmente executar o que foi prescrito ao paciente. A rotina de trabalho é realizada a partir da Sistematização de Assistência da Enfermagem (SAE), que fica sob responsabilidade da enfermeira. Ao assumir o turno pela manhã, faz-se todo o exame físico do paciente, a mudança de decúbito, administração de medicações, o diagnóstico da enfermagem, as prescrições e evoluções do paciente. Na hora do banho, que acontece nos três turnos, a enfermeira responsável afere as condições e sinais vitais do paciente. Se há algum hematoma, alguma escara, são feitos os curativos necessários. Posteriormente, preenche a sua evolução do que foi percebido no banho. Também é atribuição da equipe atividades administrativas, como preenchimento de relatórios para prestação de contas das medicações ministradas aos pacientes junto aos convênios médicos, o que às vezes atrapalha o atendimento e até o inviabiliza. Assim como os médicos, enfermeiros e técnicos têm de ter conhecimento do quadro clínico de todos os pacientes. Cada profissional é responsável por três leitos. É feito um rodízio no qual todos os turnos passam por todos os pacientes. O profissional de enfermagem tem de estar ciente da necessidade de observar o paciente de 2 em 2 horas, monitorando possíveis complicações. Quando há um procedimento mais complicado, que exige maior saber técnico, os técnicos de enfermagem, apesar de serem habilitados, dão preferência aos enfermeiros. Agem assim para evitar conseqüências para os pacientes e

para eles. Consideram a UTI muito mais gratificante do que em outros setores, pois o paciente necessita de cuidados da enfermagem 24 horas ao dia.

Verbalizações

“O normal da UTI é pra não estar tão cheio. Aí, como teve novos convênios, este mês ela esteve superlotada. Então, a rotina da gente mudou completamente, né, porque o número de funcionários quando era normal, dava. Aí, quando encheu, sobrecarregou”.

“Aqui é muito relativo. Tem tempo que a gente tem uma rotina super tumultuada, e tem tempo que não. É super tranquilo: dá pra você prestar assistência bem ao paciente”.

“Esse é o único hospital que a gente trabalha seis dias e folga um. (...) Então, nós ficamos as seis horas, o que descansa”. “Cada paciente é dividido por leitos. Os banhos são dados conforme a escala que é dada pelos enfermeiros. A SAE é feita conforme os banhos, então, os curativos são feitos na hora que ta sendo dado o banho. (...) A enfermeira é responsável pela SAE. Faz todo o exame físico do paciente pela manhã, faz o diagnóstico da enfermagem, as prescrições e evoluções do paciente. (...) Aí, ela tem que evoluir o paciente, faz a prescrição”. “Então, a gente chega de manhã, faz a medicação do paciente, normal. (...) Então, ela que determina: higiene oral com cepacol, de manhã, de tarde e de noite; mudança de decúbito, a cada duas horas. (...) Então, lá diz tudo o que a gente fazer em 24 horas”. “Aí, a gente dá assistência de qualidade para um, dois pacientes. Porque, se faz tudo ao mesmo tempo, a qualidade fica decadente. Você não consegue”. “Mas tem a questão da burocracia: por precisar de uma autorização do convênio e tudo, a gente deixa de fazer as coisas. Igual hoje aconteceu de não fazer a medicação porque o médico não preencheu um relatório. Então, às vezes também tem isso: de ter a medicação no hospital, mas a burocracia é tão grande que o paciente fica

sem. A gente tem a medicação, mas, enquanto o médico não preenche, o convênio não autoriza, o paciente tá precisando, mas fica sem por conta de burocracia”. “ ’Doutor, e esse lazic aqui das dez horas duas ampolas?’. Ele: ‘Ah, não! Eu esqueci de suspender essa daí’. Aí se eu pego, vou lá e faço? (...) Antigamente não: antigamente o técnico fazia. Tá prescrito, vou fazer né?’. “O cara precisa ser mudado de 2 em 2 horas. O cara depende de mim para tudo (...) É gratificante um cara que chegou politraumatizado, sair da UTI e for andar. Tudo uma superação, né? Acho que a UTI é isso que a gente faz”. “Se a N [profissional de enfermagem] não tiver consciência que ela tem que ir ver esse paciente de duas em duas horas... Ele depende da N pra tudo, né?’. “Mas no fundo, no fundo, você tem que saber porque, quando ele chama é nós que agüentamos o caso (quadro do paciente)”.

O segundo núcleo de sentido retrata as relações sociais entre os profissionais; entre eles e outros profissionais; entre os entrevistados e pacientes, e entre os entrevistados e familiares. Além disso, traz as vivências e estratégias advindas com esses contatos.

Núcleo 2: “E aqui não existe meu paciente, é o nosso”

Definição

Precisam aprender a lidar com o sofrimento das famílias e com possíveis óbitos, o que em alguns momentos os desestabiliza, principalmente se tiverem enfrentando problemas pessoais. Precisam levar muita coisa na esportiva para lidar com peculiaridades do trabalho, como, por exemplo, a morte. Por isso, julgam necessário o apoio psicológico aos profissionais da UTI, que estão diariamente em contato com situações extremamente tensas e de sofrimento. Relatam que é muito difícil não misturar os

problemas pessoais com os problemas de trabalho, e é inevitável criar vínculos com alguns pacientes. O fato de a grande maioria dos pacientes da UTI estarem desacordados implica maior envolvimento dos profissionais com a família, já que acabam sendo o elo entre eles e seu ente doente. Consideram que o trabalho se torna cansativo e estressante aos profissionais que não amam a profissão, o que reflete na prestação de atendimento ruim ao paciente quando visam somente à questão financeira. Destacam que ou o profissional ama a UTI, ou ele a larga. Relatam que amam o trabalho que realizam. Existe grande entrosamento entre os funcionários, que se orgulham por saber trabalhar em equipe. Usam o bom senso para dividir as demandas de maneira igual. A comunicação flui bem na equipe, que se organiza de forma a resolver as tarefas em conjunto. Ressaltam: “aqui não existe o meu paciente, é o nosso”. Os profissionais raramente desempenham sozinhos qualquer atividade. Há bom relacionamento entre os funcionários da limpeza, enfermeiros, técnicos e/ou médicos. As questões de trabalho são resolvidas através do diálogo. Algumas vezes acontecem desentendimentos, que são encarados como normais e corriqueiros pelo grupo, sendo logo resolvidos. Há liberdade para troca de informações e de sugestões entre os profissionais.

Verbalizações

“Você tem que levar na esportiva, porque morte, você tem que aprender a conviver com ela... levando tudo com naturalidade você tira de letra“. “Todo mundo ajuda todo mundo. Aqui a gente não tem esse problema porque, graças a Deus, pelo menos vou responder pela turma da manhã, o entrosamento é perfeito“. “E aqui não existe o meu paciente é o nosso“. “No geral, aqui todo mundo se respeita. (...) Dos médicos ao pessoal da limpeza, a gente tem o mesmo respeito. Aqui, não é porque é médico, porque é faxineiro que tem diferencial. É todo mundo igual“. “A gente sabe conversar, porque

se fosse outro, falava: ‘Eu vou bater boca com o médico’. Só que aqui a gente trata todo mundo igual, desde o médico até o fulano”. “Às vezes, muitas coisas o enfermeiro pergunta pro médico. Às vezes o médico não sabe, pergunta pro enfermeiro“. “Eu falei: ‘Vamos fazer o seguinte, vamos sair todo mundo e vamos entrar tudo de novo porque hoje...’”. “Trabalhar em equipe boa, meu querido, pronto! Você vai longe. Tudo é perfeito”. “Todo mundo participa de tudo, na medicação, mudança de decúbito, tudo”. “A UTI também tem esse ditado né? Ou você ama UTI ou você larga”. “É por isso que eu falo: o mais importante pra gente da enfermagem, não é o paciente da UTI. É o acompanhante dele. (...) É o cara que está preocupado, que não dorme em casa, é o cara que liga de 5 em 5 minutos. Então, é um quadro que, se a gente deixar, não tem como cuidar do paciente”

O terceiro núcleo remete às percepções dos entrevistados acerca da certificação hospitalar e às vivências trazidas pelos entrevistados.

Núcleo 3: “Às vezes tem [certificado], mas não tem uma gerência”

Definição

Relatam que gostam de trabalhar no hospital. O hospital disponibiliza todos os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das tarefas, fato que aumenta a cobrança quanto à qualidade do trabalho prestado. Há o investimento em educação continuada, sendo fornecidos treinamentos quando da admissão na empresa. Disponibilizam-se diversos cursos aos funcionários, que são incentivados a participarem, sendo até dispensados do serviço, caso necessário. O hospital tem consciência de trabalho com excelência e incentiva os profissionais no desenvolvimento de um trabalho em equipe e com qualidade. Os trabalhadores têm conhecimento sobre

certificação de qualidade e que o hospital merece receber tal certificação devido à qualidade de atendimento que ele presta, considerado superior ao de alguns hospitais certificados, devido ao bom gerenciamento. Consideram como positivo o hospital trabalhar de acordo com a SAE, que prega a necessidade de tudo ser protocolado. Pontuam que existem certos lugares que são certificados, nos quais o ambiente de trabalho e o atendimento só são excelentes nos dias que se aproximam da visita da equipe certificadora. Consideram que as visitas da equipe de certificação deveriam ser de surpresa e não agendadas, o que obrigaria os funcionários a seguir os padrões diariamente e não só nas proximidades da inspeção. Pontuam que seria bom para a imagem do hospital que ele fosse certificado, em especial para obter reconhecimento da população, que se influencia pela questão da certificação quando da escolha de um hospital. Alguns destacam que a falta da certificação não interfere no trabalho. Consideram que pode influenciar quanto à pronta disponibilidade de materiais e equipamentos. Destacam que o hospital, apesar de não possuir certificação, conta com a fiscalização constante por parte da equipe da enfermagem, que controla o cumprimento de carga horária e o desenvolvimento das tarefas.

Verbalizações

“A gente ficou praticamente um mês sem trabalhar pra fazer o treinamento todos os dias”. “Mas você é cobrado demais porque eles te oferecem tudo”. “Certificação de qualidade? É quando o hospital, ele está dentro dos parâmetros de excelência, ele tenta manter tudo da melhor forma possível”. “Quando chega a época do ISO⁷ fica tudo lindo”. “Pois é isso que eu tô falando: ele é muito recente pra competir ao ISO”. “Eu fiz estágio num hospital que eu não vou citar o nome, mas particular. E, assim, o nível de

⁷ ISO: International Organization for Standardization (Organização Internacional para Padronização)

atendimento aqui barra qualquer outro hospital”. “Eu paguei pra sair, eu paguei trezentos e pouco ainda pra sair, porque eu quebrei contrato. E tem “os trem” tudinho lá ISO não sei o que...”. “De reconhecimento, uai, das pessoas de fora, da população, porque se, vamos supor... tem um acompanhante, eles escolhem muito antes de internar o paciente. eles visam muito o nome”. “Então, se o hospital tem um credenciamento desse, com certeza vai vir mais pacientes e pra gente vai ser melhor por conta que a gente vai estar mais garantido né? Então assim, influencia sim, eu acho”. “Às vezes tem [certificado], mas não tem uma gerência quanto tem aqui, entendeu? As pessoas visam muito o lucro e esquecem da qualidade né? Chega perto do dia da avaliação (...). Aí começa uma correria louca”. “Então, as pessoas avaliam, que dão esse credenciamento ao hospital, vai chegar lá naquela e vão ver tudo bonito. Vão agendar as visitas, que eu acho isso errado. Pra que agendar as visitas? O pessoal tem que chegar de surpresa pra ver como é que acontece aqui no dia a dia. (...) Aí, força o funcionário a estar sempre mantendo organizado fazer corretamente”. “O bom, existe protocolo pra tudo. Antigamente, protocolo só era pra médico. Aqui não. Como existe SAE, tem que existir um protocolo pra enfermagem também”.

4.3. Análise dos Resultados

Os núcleos encontrados, apesar de terem nomes diferentes, trazem aspectos semelhantes que serão colocados em discussão descritiva e comparativa, como objeto deste estudo. Para tal, serão retomados os conceitos a serem analisados por este estudo: a organização do trabalho; as vivências de prazer e sofrimento no trabalho destes profissionais, e por fim, comparar os dois conceitos entre cada grupo estudado.

4.3.1. No Hospital Certificado

As rotinas de trabalho nesta UTI são incertas, porém existem procedimentos técnicos que são requeridos a partir da demanda da unidade, que são urgentes e exigem soluções imediatas. A escala é dividida por plantões e as divisões do trabalho são bem orientadas: cada técnico em enfermagem fica encarregado de um leito e os enfermeiros orientados para cada lado da unidade. Apesar da divisão, todos da unidade devem saber sobre tudo que se passa no local. Um dos procedimentos que não pode deixar de ser executado é o cumprimento de prescrições burocráticas, que são exigidas pelos convênios relatando os custos das intervenções feitas. Os planos de saúde acabam se tornando um dos chefes, na prática, destes profissionais, pois decidem o que pode ou não ser executado e/ou medicado. Há a cobrança implícita por ser hospital privado (e não, público) e certificado. Portanto, os profissionais de enfermagem temem a insatisfação do cliente/paciente, tentando amenizar (burlando algumas regras internas) as inquietações e angústias dos internos e/ou familiares.

Além disso, há prescrições burocráticas que pouco atendem na assistência ao paciente, mas em muito observam as normas orientadoras para adquirir certificado, segundo percepção dos entrevistados. Atender às exigências da certificação gera muitas mudanças na forma de trabalhar, exacerba-se a padronização, ignora-se aquilo que já era rotina dos profissionais. A necessidade de conciliar assistência ao paciente e excelência do hospital é descrita como difícil. Portanto, as prescrições simbólicas de satisfação do cliente e alcançar o nível exigido pelo certificado fazem parte deste contexto. O trabalho em equipe é visto como necessário, porém pouco praticado por haver diferenças de hierarquias dentro da equipe (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, convênios, auditores, etc).

As vivências de prazer são percebidas no sentimento de orgulho de pertencimento da empresa e pela superação técnica no trabalho (conseguir recuperar o paciente). Há o reconhecimento por parte dos pacientes e seus familiares devido ao trabalho de recuperação do paciente. Este trabalho também é fonte de reconhecimento por ser de alta complexidade técnica e emocional para executar no dia-a-dia, além de lidar com risco iminente da morte.

O sofrimento é desencadeado em várias dimensões da organização do trabalho: a desvalorização do profissional dentro da empresa gera sentimento de desânimo; a incompatibilidade entre as prescrições burocráticas dos convênios e dos certificados, e as orientações assistenciais da profissão, causando desgaste físico e emocional; o volume de trabalho intensificado pelas atividades burocráticas gera irritabilidade; o fato de a empresa priorizar acertos estéticos, em vez de melhorar condições de trabalho, causa sentimentos de indignação e desilusão para com a empresa; a cobrança implícita por erro zero e satisfação do cliente/paciente intensifica o desgaste físico, cognitivo e emocional; a descrença no processo de certificação que, segundo os entrevistados, é maquiado quando se aproxima a visita da equipe avaliadora; ao lidar com pacientes muito exigentes (por si só ou por estarem num hospital privado certificado), ficam a mercê de maus tratos e desrespeitos; vivência de medo ao burlarem manuais (podem ser responsabilizados e, por consequência, demitidos ou vítimas de sanções), e ao saberem que terão novas orientações na organização de trabalho por causa da submissão a um novo certificado a ser adotado naquela unidade.

4.3.2. No Hospital sem Certificado

O ritmo e o volume de trabalho não são previsíveis. O escalonamento dos profissionais ocorre por turno e cada profissional é responsável por três leitos, porém

todos devem saber de tudo que acontece na unidade. Nesta UTI, as orientações das ações em enfermagem seguem as prescrições da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). Portanto, é necessário checar os sinais dos pacientes de 2 em 2 horas e que os profissionais de enfermagem interpretem as ações prescritas pela equipe médica. O trabalho em equipe é possível e desejável para um trabalho de qualidade, segundo os entrevistados. Há cobrança para preencher as ações e custos na unidade, a fim de repassar os dados para os convênios. Além da cobrança, clientes/pacientes exigem assistência de qualidade por se tratar de um hospital particular e a gerência cobra por bons resultados por prover subsídios materiais e educacionais para o trabalho. Há o contato constante com a morte revelando a impotência dos profissionais diante dela e ante o sofrimento dos familiares.

As vivências de prazer são observadas no sentimento de orgulho do trabalho em UTI, na satisfação da boa organização da unidade, na satisfação e orgulho pela adesão da SAE na organização das ações na unidade, no reconhecimento da empresa ao priorizar a formação destes profissionais. Percebe-se ainda reconhecimento por parte dos pacientes e seus familiares.

O trabalho em equipe é fonte de satisfação e liberdade, pois permite resolver conflitos dentro do próprio grupo. A carga horária de 6 horas por dia também significa fonte de satisfação, por diminuir o tempo de intensidade com a morte e com as urgências do setor. As atividades realizadas em UTI são de alta complexidade e a recuperação de um paciente representa fontes de prazer advindos do trabalho.

As vivências de sofrimento são percebidas no sentimento de impotência pelo fato de a sobrecarga de trabalho não possibilitar uma assistência tida como ideal, na iminência da morte de um paciente, e quando há impasse por parte do convênio para permitir o uso de materiais e medicamentos necessários à assistência.

4.3.3. Comparação das Organizações de Trabalho

A imprevisibilidade esteve presente nos dois grupos, tanto no volume, quanto no ritmo e complexidade das tarefas. Porém, em ambos, existe a gratificação pelo trabalho em UTI, como relatado em alguns estudos nesta área (Linhares e Mendes, 1996; Pai e Lautert, 2008; 2009). É presente o reconhecimento pela atividade exercida, pois traz o sentimento de onipotência para a cura dos pacientes. Além disso, nos dois grupos foi percebida a cobrança por resultados haja vista a precariedade nos hospitais públicos que estes entrevistados não vivenciam no hospital particular.

No HC, há profundo conhecimento dos procedimentos técnicos utilizados na unidade. A exigência por trabalho de qualidade por parte dos usuários é bastante presente por se tratar de um hospital privado e com certificado de qualidade, o que intensifica o sofrimento. Assim como no HSC, existe também a cobrança por parte dos convênios no HC. No entanto, ela é percebida de maneira bem mais intensa do que no primeiro grupo, pois é vista, em alguns momentos, como de chefes, mas exigem a prestação de contas também.

Existe a cobrança não declarada em perceber e sanar as angústias dos pacientes, ou seja, exigência pela satisfação dos pacientes. Os procedimentos técnicos utilizados nesta unidade são bastante enaltecidos. Este comportamento pode ser interpretado como uma estratégia de defesa para que se vejam como profissionais altamente competentes, mascarando as excessivas cobranças, declaradas ou não, em seu ambiente de trabalho.

Por se tratar de um hospital com vários certificados, as entidades certificadoras exigem cumprimento de algumas prescrições, cada uma com seu prescrito. Assim, os profissionais de enfermagem percebem estas certificações como constantes

transformadoras da organização de seu trabalho, o que também exige deles contínuas adaptações, segmentando e desestabilizando uma ordem coletiva de trabalhar.

No HSC, as orientações das ações da enfermagem são bastante claras: seguem o que postula a Sistematização de Assistência da Enfermagem (SAE). Relatam ter dificuldades em relação aos planos de saúde, pois além de prestarem contas, há ocasiões em que o atendimento eticamente necessário é inviabilizado pela não autorização da operadora para o procedimento e/ou medicação, gerando sentimentos de frustração e impotência.

No entanto, trata-se de uma organização de trabalho mais “democrática”, onde os entrevistados têm clareza de suas tarefas, que se aproximam das atividades de prestação de cuidado. Mesmo assim, há momentos quando esta prescrição de funcionamento não dá conta do real: “Então, tem uma divisão, mas quem tiver mais sobrecarregado que o outro... aí, entra um enfermeiro na área técnica, um técnico na área de enfermagem”. E, por fim, a carga horária diária destes profissionais é diferente dos demais hospitais: trabalham 6 horas por dia, 6 dias por semana e folgam um. Por mais que o ritmo intenso de trabalho apareça repetidas vezes na semana, ele é menos árduo que nos demais hospitais onde se trabalha 12 horas e folga-se 36.

4.3.4. Comparação das Vivências de Prazer-Sofrimento

Os dois grupos de entrevistados relataram ter vivências de prazer relacionado às suas atividades de prestação de cuidado. Nos dois relatos, ocorre a vivência de orgulho ao ver um paciente com condições clínicas ruins e posteriormente sair de lá muito bem de saúde. Como vivências de sofrimento em comum, há o discurso da disciplina da fome: como o hospital oferece subsídios materiais para todos, eles devem prestar assistência de qualidade, o oposto de um atendimento ruim e falho, como se personifica

na mídia o hospital público. Percebe-se também o sofrimento que surge das cobranças administrativas que são atribuídas às operadoras de planos de saúde. São limitações que impedem o êxito, por completo, da onipotência de sanar a dor do paciente, gerando sofrimento moral.

No HSC, encontram-se vivências de orgulho e bem-estar pelo ambiente de trabalho, porque há reconhecimento do trabalho da enfermagem por parte da equipe de saúde e do próprio hospital. Além disso, admite-se a intensidade da jornada de trabalho colocando estes profissionais para atuar 6 horas por dia. As vivências em coletivos, melhor estruturadas do que no HC, ressaltam a possibilidade de resolução de conflitos em equipe. Uma das estratégias utilizadas é a de fazer uma pausa no ritmo acelerado e retomar o trabalho de maneira mais organizada.

Demonstram sentimentos de injustiça por perceberem que outros hospitais possuem certificados de qualidade. Além disso, questionam o modo como conseguem tais certificações, pois quando não estão sendo avaliados, as precariedades são evidentes; e, quando chega o momento da avaliação, tudo fica mais bonito para a equipe certificadora.

No HC, as vivências de orgulho são de pertencimento à empresa certificada e são estas vivências que os mantêm, por meio da ideologia defensiva, ainda saudáveis neste hospital. Trata-se, portanto, de uma estratégia coletiva com a racionalização das vivências mantida pelo grupo.

As vivências de sofrimento são mais intensificadas do que no HSC pelo fato de ser um hospital “não-público” e também por se tratar de um hospital que tem certificado de qualidade, algo cobrado destes profissionais. Além disso, o não reconhecimento permanente do trabalho da enfermagem fica presente com as constantes mudanças de organização do trabalho em prol da certificação.

A cobrança implícita para manter e alcançar constantemente a excelência gera desorientações e frustrações. Tal exigência intensifica também o ritmo de trabalho, que se torna mais acelerado e com menos contato com pacientes. Percebem interesse da empresa em pintar uma parede do que em melhorar as condições de trabalho, desmerecendo os esforços para superar o real de trabalho. A satisfação e a avaliação do cliente, juntamente com as outras cobranças, forçam estes funcionários a adotar uma barreira de frieza, provocando repercussões negativas também na vida social e na autoestima.

A seguir, estes resultados serão discutidos de forma a trazer os conceitos em psicodinâmica do trabalho, os estudos nela encontrados tanto com enfermagem quanto com outras categorias, os conceitos em enfermagem, em UTI, bem como os estudos abordados anteriormente.

5. Discussão

Uma das características identificadas na pesquisa é que faz parte da organização do trabalho dos hospitais certificados, além do cuidar, a satisfação do cliente. No não certificado, existe preocupação maior com a assistência prestada aos pacientes. As metas exigidas pela organização do trabalho interferem no modo de vivenciar o prazer e sofrimento e de mediar este sofrer. As análises destas dimensões encontradas nos resultados serão discutidas com base em dois eixos focados nas características dos modelos de qualidade, que incluem elementos da organização do trabalho e as vivências deles decorrentes: o trabalho da enfermagem nas UTIs: comparativo entre hospitais com e sem certificado de qualidade; e os manuais e os “humanuais”.

5.3. O Trabalho da enfermagem nas UTIs: comparativo entre hospitais com e sem certificado de qualidade

O trabalho de enfermagem exige a interpretação do que será executado e/ou do que está acontecendo com o quadro do paciente/cliente. Porém, a interpretação aparentou ser mais possível no HSC, onde os profissionais têm liberdade a ponto de parar e refletir sobre uma medicação prescrita a ser administrada, por exemplo, e questionar o médico sobre a adequação ou inconveniência do medicamento. Trata-se de uma flexibilidade da organização que permite a fuga da automação, ou melhor, do trabalho automatizado.

O cuidado ao paciente é a atividade principal da enfermagem nas duas unidades. No entanto, este cuidado se apresentou de forma distante dos pacientes/clientes nos dois hospitais, apesar de em menor intensidade no Hospital Sem Certificado. O fator em comum nos dois hospitais que afasta estes profissionais é a prestação de contas aos

convênios, que têm forte influência na realização das atividades assistenciais, impedindo que os profissionais estejam mais próximos dos pacientes.

A presença dos convênios na organização de trabalho dos hospitais particulares acrescenta mais uma tarefa além das práticas assistenciais: a prestação de gastos e custos exigidos pelas ações de enfermagem e da equipe médica. Porém, tal atividade parece estar como prioridade dos profissionais em estudo, confirmando achados de Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008). O impacto disso está na submissão pouco desejada por eles para pouco executar suas práticas assistenciais, provendo profissionais desencantados com a impossibilidade de exercer os cuidados próximos aos pacientes, reféns de burocracias que limitam a assistência de qualidade, na concepção dos entrevistados.

Além disso, os convênios dentro dos hospitais expõem, além do controle de gastos, a existência implícita de outra chefia. A este chefe devem ser repassados as ações, os prontuários, os gastos e provar o porquê de tudo aquilo que foi feito. Portanto, o paciente é conferido pela equipe de enfermagem, mas é logo deixado de lado para cumprir as prescrições exigidas pelos convênios. Ainda assim, corre-se o risco de não ser “escutado”, sendo negado o pedido de assistência. Os cuidados de enfermagem são, de certa forma, previstos em custos e materiais pelos convênios. Aquilo que for além do previsto terá fortes chances de não ser reembolsado, podendo causar demais retaliações que não foram analisadas nesta pesquisa. Com isso, os convênios também permeiam as avaliações feitas sobre o trabalho de enfermagem, podendo se tornar uma fonte de não reconhecimento das práticas assistenciais.

No HC, as técnicas utilizadas são supervalorizadas. Fala-se bastante de procedimentos técnicos executados naquela unidade, que mostra a importância que tais funcionários têm profissionalmente. Trata-se de uma estratégia que defende o

profissional de suas fragilidades como recurso material na empresa. Demonstrar que sabem fazer todos os procedimentos é uma forma de se orgulharem de seu trabalho, mesmo sabendo que todos estes procedimentos só poderão ser executados condicionados à autorização do convênio, ou mediante pagamento do paciente.

Em Mendes e Linhares (1996) e em Pai e Lautert (2009), uma das estratégias encontradas foi a supervalorização dos procedimentos técnicos. Porém, o uso desta defesa se fazia necessário a fim de respaldar os erros cometidos pelos profissionais ou quando eles não conseguiam prestar toda a assistência necessária pela falta de materiais, que é recorrente no serviço público de saúde. Portanto, é importante ressaltar estas mesmas defesas encontradas, porém para fins diferentes: no serviço público, para fugir da precariedade; no hospital particular certificado, para haver algo de que se orgulhar ante uma precariedade do sentido das tarefas de enfermagem daquela unidade.

O sentimento de gratificação pelo trabalho executado especificamente em UTI é perceptível nos dois grupos entrevistados, assim como foi constatado em Mendes e Linhares (1996), Pai e Lautert (2008; 2009). Este sentimento origina-se nas atividades diárias executadas para manter o quadro de saúde estável ou intervir de forma a evitar uma fatalidade. Logo, o risco de trabalho executado torna a recuperação de um paciente um grande trunfo destes profissionais. Seria como dizer que aquele paciente/cliente era um caso perdido e eles o recuperaram de maneira extraordinária. É claro que se trata de algo que faz parte do cotidiano de UTI: assim como a morte é constantemente presente, manter a vida também o é. Entretanto, parece ser este resultado de recuperação que causa este sentimento nos entrevistados. Mas, fica a dúvida: será que estes profissionais também supervalorizam os casos recuperados de forma a representar um papel de “acrobata de circo” (Champagne, 2008)? É algo difícil de avaliar com os dados obtidos na pesquisa, mas que pode ser melhor investigado por próximos estudos.

Quando falam “na UTI, ou você ama, ou você odeia”, os entrevistados tornam esta unidade um espaço exclusivo de trabalho, no qual somente os mais fortes conseguem trabalhar lá. É um local onde a morte ronda e os pacientes clamam (mesmo desacordados) por melhora clínica. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem ganham o status de heróis do sofrimento dos pacientes e familiares, “título” semelhante ao de um bombeiro, por exemplo, cuja profissão é, também, de salvar vidas. O posto assumido na relação com o paciente acaba por exigir destes profissionais uma forte dose de dedicação e minúcia nos cuidados prestados. O apego aos resultados positivos destes pacientes torna-se, pois, não somente uma superação de conflitos dentro da organização do trabalho e dificuldades clínicas, mas também um alívio de não estar mais em contato com uma situação ambígua e incerta de onipotência-impotência para cura.

Assim, exercer a profissão na enfermagem em UTI fica no risco da responsabilidade pela morte de um paciente e o risco de se apegar emocionalmente a quem se recupera, pois o “objeto” de seu cuidado fala, sente, emociona-se e reconhece. Separar a atividade entre o profissionalismo e o humanismo destes profissionais também é o fator de risco neste trabalho, que exige constantes negociações deles com eles mesmos para manter uma relação de saúde com seu “produto”.

O isolamento emocional foi outro aspecto observado nos dois grupos entrevistados. Em Mendes e Linhares (1996), tal comportamento foi descrito como defensivo para não lidar com o sofrimento dos pacientes e/ou familiares, sendo algo que os profissionais daquele estudo não se sentiam capazes de absorver. Para os que participaram do presente estudo, este isolamento é imprescindível, apesar de que, no HC, ele se torna essencial, haja vista a cobrança dos pacientes/clientes por atendimento de qualidade, podendo levar a agressões físicas e/ou morais (via permitida no discurso flexível do neoliberalismo).

Também, parece fazer parte do papel do enfermeiro tentar não se deixar abalar por momentos de emoção forte. Tal rigidez pode engessar o sofrimento, que, por sua vez, traz o significado do não reconhecimento por parte do paciente/cliente, um dos chefes, na prática, destas organizações de trabalho. Porém, a superação deste conflito parece ser mais viável no HSC, onde as estratégias coletivas têm melhor estrutura do que no HC. Esta cooperação no ambiente de trabalho do HSC permite que as agressões a estes profissionais sejam reconhecidas entre eles como algo que faz parte do trabalho, mas que se torna superável por saberem que eles estão vendo e sentindo entre si. No entanto, no HC, as agressões parecem ter um significado de proibido, pois o paciente/cliente não pode reclamar de um trabalho mal feito, não pode ficar insatisfeito. Sendo assim, torna-se uma transgressão à prescrição implícita de satisfação do cliente e deve ser sanada para não causar mal estar nos indicadores da empresa. E quanto ao mal-estar aos funcionários do HC? Esta pergunta é elaborada de outra forma pelos profissionais deste hospital:

Poxa, eu faço tudo pelo meu cliente e quem faz tudo por mim? Quem está fazendo? Eu estou dando tudo, eu tenho que dar tudo, mas quem é que está me dando suporte pra realmente eu estar dando esse tudo?

5.4. Os manuais e os “humanuais”

O modelo de qualidade total aplica a criação de processos que, por sua vez, objetivam enxugar custos, gerando lucros (Deming, 1990). Já a prática de certificação implica o processo avaliativo da adoção de processos. Esta seção abordará os quesitos no processo de avaliação do trabalho da enfermagem nas UTIs dos hospitais participantes do estudo.

Entende-se que a adoção do modelo de qualidade total tem se tornado uma ferramenta estratégica, ou seja, sabe-se das ameaças de mercado e dos aspectos que ajudam para nele ganhar espaço. Além disso, os parâmetros estão em indicadores de lucros, que são encontrados na troca com os clientes (Mintzberg, 2007): eles comprando o produto e a empresa recebendo o capital. A empresa obtém mais lucro com um processo menos oneroso. Isso inclui o número programado de funcionários e quantidade de materiais necessários. Agregando-se tais aspectos positivos, tem-se a excelência. Portanto, o uso da qualidade total é uma estratégia contra os altos custos, que levariam a: poucos lucros, baixos indicadores, sem excelência. A certificação de qualidade representa então o reconhecimento pelo esforço administrativo que a empresa tem com ela mesma. Porém, quando se adotam os critérios idênticos aos pedidos pela entidade certificadora, pode-se inferir que se trata de uma estratégia não somente defensiva, mas também perversa, pois sua finalidade é o certificado, e não o trabalho em si.

Criando manuais, ou melhor, engessando as ações, evitam-se falhas. É claro que erros, no caso de UTI, podem ser fatais. No entanto, este engessamento pouco permite o uso, por parte dos profissionais, da inteligência prática em sua atividade (Dejours, 1999; 2004a). Com a presença de regras bem rígidas de como fazer o trabalho na UTI, este torna-se banal e sem sentido, pois suas orientações habilitam qualquer um a ser um trabalhador naquela área, fazendo das práticas assistenciais em UTI tarefas automatizadas, robotizadas e previsíveis.

A manualização do trabalho postulada pela ONA permite um trabalho previsível em suas ações, além de cobranças para documentar todas elas. Porém, a verdade é que o trabalho não é só cumprimento de prescrições, mas sim vivenciar diariamente as situações inusitadas que ele oportuniza, colocando em xeque todas as previsões que a organização do trabalho “manualizada” postula. Entretanto, o real de trabalho inusitado

existe e exige do trabalhador enfrentamentos que vão além dos manuais prescritos, inserindo sua marca original naquilo que ele acredita ser um trabalho de qualidade: a sua inteligência prática (Dejours, 2004a). Porém, quando da impossibilidade de manifestar esta inteligência, o trabalhador sofre. Este sofrimento não reconhecido toma uma via de escape que sobressai na fuga manifestada pela reprodução excessiva de mais produção. O sofrimento é explorado pela produção da organização do trabalho. É menos sofrível lidar com o reconhecimento de cumprir prescrições do que lidar com contradições que pouco permitem soluções criativas.

A dinâmica de um trabalho automatizado esteve mais presente na organização do trabalho do HC, pelo fato de os entrevistados descreverem seu trabalho repetitivo e com autonomia limitada. Os profissionais se tornam reféns de suas tarefas maçantes e burocratizadas, tendo que buscar outras estratégias para poderem lidar com a impossibilidade de se realizarem pelas atividades. Este fato tem se tornado cada vez mais presente no atual contexto neoliberal, conforme relatado em outros estudos como o de Rocha (2003), ao descrever que o trabalho de bancários dependia bastante do reconhecimento dos clientes para compensar a ausência de sentido das tarefas repetitivas. Assim como para os bancários, os profissionais de enfermagem (nos dois hospitais) procuram ter bons relacionamentos e contatos com os pacientes/clientes. Esta busca pode ser entendida ainda como uma forma de estabelecer vínculos que não permitam imergir por completo nas burocratizações impostas na enfermagem, tanto pelos convênios (nos dois hospitais), quanto pelas normas orientadoras que certificam (no HC).

Este quadro fica muito nítido com o grupo entrevistado inserido no modelo de qualidade total (HC). Suas ações são orientadas para a produtividade e satisfação do cliente. Trata-se de uma cobrança não formalizada, mas que é implícita. Isto faz com

que os profissionais não possam enunciar os sofrimentos, pois são clandestinos neste hospital certificado. Representam vivências não percebidas pelos entrevistados no corpo, mas, sim, em desvalorização, falta de reconhecimento, cansaço, irritabilidade, choro e silêncios forçados. E como falar sobre o tema quando se deve defender a certificação de qualidade?

Primeiramente, o fato não pode ser capturado pelas auditorias das entidades certificadoras, pois, como abordado anteriormente, para estar entre as melhores empresas para se trabalhar, é preciso oferecer boas políticas de recursos humanos e práticas que envolvam ascensão profissional, benefícios e desconpressão do estresse. Não se observa o trabalho de fato exercido, capturando as vivências e enfrentamentos. Estas práticas tornam-se imperativos ditatoriais do silêncio destes sofrimentos, misturadas com sensações efêmeras de prazer, tornando o trabalhador viciado em receber agrados que não saciam de fato suas angústias vindas do real do trabalho.

Em segundo lugar, existe grande pacto coletivo defensivo para que tais vivências não sejam enunciadas no HC. Dejours (1985, 2004a, 2008a) postula que o trabalho preenche aquilo que as prescrições não dão conta no real de trabalho. O trabalhador completa com sua interpretação, mobilização subjetiva e superação do sofrimento ao perceber que tem de ir além do que lhe foi programado. Ainda bem, pois, se permanecesse na programação, seria refém de seu trabalho.

Portanto, no trabalho da enfermagem em prol da certificação de estar entre as melhores empresas para se trabalhar, o sofrimento que resulta desta discrepância é clandestino. Se o é, e todos estão sujeitos a esta discrepância, cada sofrimento é vivenciado de maneira isolada, tendo este silêncio individual, um grande silêncio coletivo que sustenta estes ideais. Ninguém fala sobre, ninguém ouviu falar sobre, ninguém sentiu sobre. E quem furar a regra coletiva implícita, estará contra uma

conquista: a de se manter em silêncio em meio a tantas trapaças dentro da organização de trabalho.

Com os entrevistados do HSC, a organização do trabalho mais flexível orientada pela SAE abre espaços para que os profissionais lá inseridos tenham liberdade para não reproduzir efeitos de demandas apenas da produtividade. O fenômeno é percebido quando se percebe estratégia encontrada na seguinte fala:

[simulação de diálogo] ‘Doutor, e esse laziç aqui das 10 horas, 2 ampolas?’. Ele: ‘Ah, não, eu esqueci de suspender essa daí’. Aí, se eu pego, vou lá e faço? (...) Antigamente, não: antigamente, o técnico fazia. Tá prescrito, vou fazer, né?’

A fala representa a fuga destes profissionais da automação de apenas ler o prontuário e executar a prescrição. É uma fuga permitida na organização de trabalho que, além disso, admite o erro médico que pôde ser consertado por um outro profissional (mesmo de uma hierarquia mais baixa) que, no real do quadro diário do paciente, interpretou que a administração de tal medicação poderia incorrer em erro ou má conduta.

Percebe-se que as orientações postuladas pela SAE demonstraram estar mais próximas do real de trabalho da enfermagem do que as prescrições da ONA, pois aquelas permitem melhor rearranjo com o inusitado do trabalho e são definidas a partir do que deve ser útil e padronizado na assistência da enfermagem, e não para o que deve ser alcançado em termos de certificação. É importante ressaltar que não se questiona o produto das ações de enfermagem, mas sim o real de trabalho destes profissionais, que parecem ter mais flexibilidade no HSC.

No HC, encontra-se o que foi descrito por Patrick Champagne (2008): o efeito Prêmio Goncourt, explicado como a adoção de comportamentos e práticas que visam

cumprir os critérios de um concurso para artistas na França. O hospital orienta suas ações estratégicas para a enfermagem buscar preencher as prescrições da ONA que, como dito anteriormente, não satisfazem o real de trabalho da enfermagem, colocando em xeque o termo qualidade para estes profissionais.

Porém, as vivências destes profissionais neste efeito foram averiguadas como cobrança para cumprir metas não decididas por eles; cobrança por pacientes/clientes que querem o que o certificado promete, a qualidade; desilusão pela prioridade por ações estéticas em detrimento das funcionais no setor; medo por uma nova organização de trabalho prescrita por outro certificado; orgulho por pertencer a uma empresa certificado; medo de não pertencer mais a esta empresa, haja vista a instabilidade profissional e cobrança para ser excelente; e falta de reconhecimento do esforço destes profissionais para alcançar os prescritos do certificado.

Assim, os certificados têm função de elo perverso entre o trabalhador e a empresa. Esta vê, na concepção dos entrevistados, que o certificado gera mais fidelidade do paciente/cliente, servindo de justificativa para manter o uso desta ferramenta estratégica para continuar gerando lucros e manter os empregos, possibilitando uma relação de submissão a tal modo de funcionar. Além disso, o certificado se torna um símbolo de reconhecimento social que possibilita mascarar todo o sofrimento aqui relatado, sendo outra arma para disciplinar os trabalhadores. Este sofrimento mascarado é intensificado pela exigência feita para manter ou subir o nível, além do desgaste do convívio diário com normas que não cooperam com a assistência da enfermagem que podem ser mudadas sem que eles decidam.

Portanto, a ausência de autonomia destes profissionais na decisão de como organizar sua unidade reflete em desânimo, desvalorização e falta de reconhecimento. São sofrimentos que devem ser expostos em outro local que não na ideologia defensiva

desta organização de trabalho. Retorna-se, então, ao sofrimento explorado citado anteriormente pela organização, que visa a produtividade.

O erro recebe um significado de ilegalidade por desvelar as trapaças inevitáveis (Dejours, 2004b) a que estes profissionais de enfermagem tiveram de se submeter para alcançar o trabalho de qualidade. Porém, a ausência de um espaço público de discussão impede uma convivência saudável com estas fraudes. Seria este o espaço de publicidade entre os profissionais desta equipe que funciona como *lócus* de expor dificuldades, descobertas, invenções e aprimoramentos do real de trabalho entre eles. Sem este espaço, estes profissionais se tornam “foras-da-lei”, vivendo constantemente com medo de serem deflagrados. No entanto, são fraudadores sem serem criminosos, pois sabem quais são as prescrições e apenas buscam extrapolá-las a fim de um bem coletivo e maior: a produção.

Existe também o certificado Entre as 150 Melhores Empresas para se Trabalhar, que afirma mais fortemente o elo perverso entre a empresa e seus profissionais de enfermagem. É o tipo de premiação que impossibilita ver e enunciar contradições da organização de trabalho. O sofrimento que se origina destas injunções se torna clandestino e proibido de ser falado ou desmascarado. Assim, as violências que acontecem nesta organização de trabalho se tornam banais e facilmente desmentidas, pois há um certificado que desmerece qualquer questionamento. Conseqüentemente, o espaço público de discussão é marginalizado, escolhendo outras vias de resolução como familiares, cônjuges, ginástica laboral, dentre outras.

Outro resquício da perversidade do efeito Prêmio Goncourt é a violência moral que tal fenômeno traz aos que aderem para perseguir os critérios do prêmio: a maquiagem que o hospital recebe nas proximidades da visita da entidade certificadora demonstra, além da falta de reconhecimento (ou do desconhecimento) do real de

trabalho da enfermagem na UTI, a trapaça consciente com fins da produtividade. Se trapacear para se obter um cuidado de qualidade em enfermagem já era perigoso e fonte de sofrimento, trapacear conscientemente para obter um certificado fere aos preceitos éticos e morais destes profissionais que, num primeiro momento sentem orgulho do certificado, mas, ao mesmo tempo, não dão créditos ao prêmio conquistado. É como se fosse ilegal sentir-se feliz por receber a premiação. Mas, ninguém fala, ninguém vê, ninguém escuta falar sobre o assunto, mantendo um nível de saúde e prazer no trabalho. Mais uma violência banalizada com o “bem”, com um certificado de qualidade que traz glamour e idealizações de sucesso.

Ainda na certificação, assim como existe a cobrança pela satisfação do cliente, há também a cobrança pela satisfação de si mesmo. Isto é percebido pela estratégia de mediação de assumir uma postura fria dentro da UTI, e fora, os sentimentos “afloram” para instâncias pessoais, pois, dentro de casa, não é preciso mais vestir a fantasia de estar entre as melhores empresas para se trabalhar. Com isso, as soluções de trabalho estão sendo tomadas individualmente, cada um com sua família, amigos, lugares e pessoas que não detêm este parâmetro de julgamento, de excelência.

Segundo Dejours (2004b), tal modo de organizar remete a relações de trabalho sem sentido:

A falta de sentido nas relações de trabalho leva progressivamente os agentes a se afastarem das responsabilidades coletivas. Cada um se retrai em seu espaço privado. Ao invés da elucidação do processo patológico, aparece no discurso uma nova tese, que vai encontrar uma saída alternativa para a problemática: a do individualismo triunfante. (...) Esta tese torna-se unânime quando as tensões e as ideologias defensivas estabilizam-se, abrindo espaço, para o abatimento e a resignação diante de uma situação que não gera mais prazer e, sim,

sofrimento, bem como o sentimento de injustiça. (Dejours, 2004b, p. 258)

Tem-se a desmobilização de um coletivo de trabalho e a mobilização de um grupo social, com dinâmicas semelhantes a de um clube do Bolinha ou clube da Luluzinha. Desta maneira, os membros podem se defender em termos ideológicos, mas não em termos técnicos do trabalho, pois a ideologia defensiva adotada fez surgir um bloqueio entre eles para que isso não esteja em planos visíveis do grupo (Dejours, 2004b; Ferreira, 2007). A finalidade é manterem-se estáveis, felizes e bem, não importa o que aconteça todo dia de trabalho com os mais variados pacientes, familiares e doenças.

É importante ressaltar que as estratégias coletivas utilizadas são diferentes, mas as duas com o intuito de amenizar o sofrimento. Porém, a estratégia utilizada no HSC visa a resolução de um conflito da tarefa. No caso do HC, sua função é a de manter uma ideologia, de que a empresa é boa. As vivências de orgulho são de pertencimento ao grupo certificado. Isto é percebido quando verbalizam ao ver uma contradição no ambiente de trabalho: “Meu Deus! Imagina as outras então. Se eu to aqui e ta acontecendo isso, imagine as outras que não são assim!”.

Portanto, o senso de identidade com um grupo social não permite visualizar, com olhar crítico, a própria dinâmica. Os participantes do grupo preferem julgar as outras instituições a julgar a própria, pois esta é a referência de excelência para eles. Dobram-se as referências das práticas de enfermagem assistenciais para práticas de recursos humanos. Isto é fruto do que é discursado em qualidade total.

Conclui-se que as práticas aplicadas em empresas que estão as melhores para se trabalhar tendem a serem sustentadas por ideologias defensivas entre os próprios trabalhadores. A psicodinâmica desta ideologia é a fuga do sofrimento apegada a

resultados positivos (como o certificado, estar nas páginas da revista) e gratificações (simbólicas e/ou financeiras), gerando sentimento de orgulho por pertencimento a um grupo e sentimento de felicidade efêmera. São práticas cosméticas que devem ser sustentadas em simbolismos fora de um contexto de atividade do trabalho, viciando o trabalhador em bônus (ginástica laboral, auxílios financeiros, massagem relaxante, entre outros benefícios) que devem ser cada vez maiores e melhores para que o sentimento de felicidade permaneça constante. Caso não haja, a ideologia defensiva pode se quebrar.

E, por fim, o trabalho de qualidade toma alguns parâmetros que não são controláveis ou mensuráveis, como a superação de si com sua inteligência prática. Os indicadores numéricos exigidos na qualidade total apresentam apenas uma parte do trabalho, pois medem a visibilidade deste trabalho. Além disso, colocar um juízo de valor como a qualidade torna o trabalho voltado para um reconhecimento mais externo do que interno, pois depende da subjetividade daquele que está avaliando. Apesar de a teoria do reconhecimento não ter sido abordada aqui, seu entendimento poderia trazer maiores contribuições a este estudo. No entanto, o reconhecimento de um coletivo de trabalho torna-se bom estruturante na manutenção da saúde no ambiente de trabalho para os conflitos diários e alcançar um produto no trabalho, ainda mais um de qualidade.

6. Conclusão

Entende-se que o presente estudo cumpriu os objetivos propostos. Como geral, o objetivo foi comparar as vivências de prazer e sofrimento entre profissionais de enfermagem de UTI em hospitais com e sem certificado de qualidade. Os resultados demonstraram que a vivências de prazer no trabalho dos profissionais de enfermagem nas duas UTIs está na satisfação pela recuperação do paciente/cliente e no reconhecimento pelos pacientes e seus familiares do trabalho da enfermagem.

No entanto, no Hospital Certificado, há a vivência de orgulho pela empresa e seus certificados conquistados. E, no Hospital sem Certificado, existe a satisfação pela organização que a unidade oferece (obtida pela boa gerência e uso da SAE) e pelo sistema de escalas de trabalho, além da liberdade e confiança pelo trabalho em equipe.

Como comparativo de vivências de sofrimento, nos dois hospitais averiguaram-se as limitações que os planos de saúde trazem ao questionar e pedir relatórios das ações de enfermagem, distanciando estes profissionais de seus pacientes, ao considerá-los como clientes e/ou produtos. Além disso, há o encontro com a impotência de não conseguir evitar a morte.

No HC, o sofrimento é intensificado pela exigência de uma assistência de qualidade, julgamento fonte de sofrimento moral e ético para os profissionais de enfermagem. Também há falta de autonomia para decidirem as tarefas, medo de errar, medo de serem descobertos pelas trapaças inevitáveis, desvalorização destes profissionais, desgaste constante de novas orientações para certificado, impossibilidade de expor estes sofrimentos (que são clandestinos, numa empresa certificada entre as 150 melhores para se trabalhar).

Neste estudo, o modelo de qualidade total foi abordado como estratégia da empresa para fugir dos erros e, conseqüentemente, dos prejuízos financeiros. O processo

de certificação, no entanto, foi percebido como estratégia perversa da organização do trabalho, já que a função dos certificados é buscar boa imagem publicitária e fidelidade de pacientes/clientes e seus “colaboradores” (definição propícia para aqueles que colaboram para que esta ideologia defensiva se instale). Além disso, constitui uma estratégia que impõe prazer e qualidade, mas que, na prática, existe contradições e exigências burocráticas que valorizam a produção.

A partir das discussões dos resultados, percebeu-se melhor estrutura de coletivo de trabalho no hospital que adota a Sistematização da Assistência da Enfermagem, pois prescreve orientações que atendem às necessidades dos cuidados de enfermagem no real de trabalho. Portanto, sugere-se que este modo de organizar o trabalho possa ser explorado nas unidades de enfermagem de forma a atender objetivos de trabalho e, não, da produção.

O estudo pôde contribuir sobre a atual situação do trabalho da enfermagem no contexto do modelo neoliberal, que é fortemente pressionado para a satisfação dos clientes e absorção de críticas e descontentamentos quando estes são frustrados. Estes profissionais estão servindo aos objetivos organizacionais, reproduzindo técnicas e procedimentos em prol do que a empresa pede. Com isso, seu trabalho se torna desgastante e sem sentido, pois não há inserção do profissional na atividade, mas sim de seus “recursos”. É percebida, então, uma apatia burocrática tremenda, sem criatividade, em que a atividade se limita a seguir as prescrições burocráticas.

Identificou-se, ainda, que o trabalho da enfermagem é constantemente avaliado por seus chefes: enfermeiro-chefe, planos de saúde e clientes. No hospital que escolhe se submeter ao processo de certificação de qualidade, há mais um chefe: a entidade certificadora (esta de forma indireta, usando os meios da administração do hospital e suas orientações estratégicas), o que intensifica o sofrimento dos trabalhadores com

medo das avaliações e julgamentos destas quatro chefias. Contribui-se no entendimento funcional dos certificados de qualidade nas empresas ganhando destaque como elo perverso entre a empresa e seus funcionários: certifica-se a inteligência prática dos profissionais no esforço de manter bons indicadores econômicos; busca-se fidelidade do paciente/cliente, justificando exigir ótimos resultados por parte dos funcionários; representa um reconhecimento social que possibilita mascarar o sofrimento no real de trabalho. Certificar que a empresa está entre as melhores para se trabalhar no país intensifica, neste estudo, o elo perverso, pois esta felicidade imperativa não permite que o sofrimento possa ser sentido e/ou enunciado, impedindo a emancipação do sujeito.

Investigar as vivências de prazer e sofrimento na enfermagem não é algo inédito, porém as discussões sobre o assunto não devem cessar. No entanto, limitações sobre a discussão da excelência e psicodinâmica do trabalho mostraram lacunas sobre as duas variáveis em pesquisa. As produções são incipientes nesta temática, pois não foram encontrados estudos que pudessem mesclar qualidade total, certificado de qualidade e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho. O estudo teve como participantes apenas dois hospitais privados do Distrito Federal. Disponibilidade e disposição dos demais hospitais foram limitadores para que a pesquisa tivesse maior abrangência. Portanto, é proposta a seguinte agenda de pesquisa:

- ampliar as unidades de enfermagem inseridas no contexto da qualidade total, sendo estudadas sob a ótica da Psicodinâmica;
- ampliar o número de hospitais privados a serem estudados no Distrito Federal;
- tendo em vista a amplitude do tema, realizar estudos que possam estabelecer diálogos mais próximos com disciplinas como sociologia clínica, psicossociologia e psicanálise.

Foi realizado um estudo descritivo que objetivou fazer um recorte acerca da organização do trabalho de profissionais de enfermagem. Tecer críticas destrutivas sobre as relações trabalhistas em contextos da saúde privada não parece recomendável. Importa abrir caminhos para discussões pertinentes que possam alimentar oportunidades de saúde no trabalho, sem perder as possibilidades que o sistema capitalista impera nas relações interpessoais.

Os trabalhadores participantes deste estudo não estão afastados do trabalho, nem adoecidos, convivem em ambientes de trabalho tensos, cada um com suas particularidades, mas apresentam seus comportamentos numa normalidade atrás da qual se revela toda uma luta diária com o inusitado de seu cotidiano laboral, as constantes avaliações (muitas vezes, injustas) e a produção enxuta imposta a eles pelo modelo da qualidade total, reforçado no discurso do modelo econômico neoliberal.

7. Referências

- Almeida, V. C. F.; Damasceno, M. M. C.; Araújo, T. L. (2005). Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-junho; 58 (3): 335-40.
- Antloga, C. S. X.; Costa, S. H. (2007). Organização do trabalho e prazer-sofrimento dos trabalhadores de uma empresa familiar de vendas. In: Mendes, A. M. (org.) (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Métodos e Pesquisas*. São Paulo: Ed. Casa de Psicólogo, 1ª Edição.
- Appolinário, R. S. (2008). Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. *Revista de Enfermagem da UERJ*, nº 16, volume 1, jan/mar, p. 83-87.
- Aubert, N.; Gaulejac, V. (2007). *Le coût de l'excellence*. Paris: França. Éditions du Seuil.
- Balsanelli, A. P; Jericó, M. C. (2005). Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 18 (4): 397-402.
- Balsanelli, A. P.; Zanei, S. S. S. V.; Whitaker, I. Y.; (2006). Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 19 (1): 16-20.
- Barboza, D. B.; Soler, Z. A. S. G. (2003). Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, março-abril, 11 (2): 117-83.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrientos, L. A.; Suazo, S. V. (2007). Fatores associados à qualidade de vida de enfermeiros hospitalares chilenas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 15 (3).

- Barros, P. C. da R. (2007). Sofrimento e defesa no trabalho de operários terceirizados do construção civil de empreiteira e de cooperativa do Distrito Federal. In: Mendes, A. M. (org.) (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Métodos e Pesquisas*. São Paulo: Ed. Casa de Psicólogo, 1ª Edição.
- Bendassoli, P. F. (2006). *O ethos do trabalho: Sobre a insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Universidade de São Paulo, SP.
- Bergamini, A. C. de A. G. (2008). *Humanização em uma UTI adulto no Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Bueno, F. M. G; Queiroz, M. S. (2006). O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, março-abril; 59 (2): 222-7.
- Bulhões, I. (1994). *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil: Folha Carioca Editora LTDA.
- Champagne, P. (2008). *Prefácio à edição francesa*. In: Dejours, C. (2008). *Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação*. São Paulo, Brasil: Editora Blucher.
- Castanha, M. L.; Zogonel, I. P. S. (2005). A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, setembro-outubro; 58 (5): 556-62.
- Castro-Silva, L. M. de (2006). *Casos de afastamento por LER/Dort e retorno ao trabalho bancário: uma análise psicodinâmica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília.

- Cavalheiro, A. M.; Junior, D. F. M.; Lopes, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, janeiro-fevereiro; 16 (1).
- Codo, W. (2002). *Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental*. In: Jacques, M. G.; Codo, W. (Orgs.). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Ed. Vozes, p. 173-190. Petrópolis, Rio de Janeiro.
- Cordeiro, C. F. N. (2001). *Sistematização de assistência da enfermagem: visita pré-operatória a pacientes submetidos à revascularização do miocárdio*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas. Campinas, SP, Brasil.
- Costa, A. L. R. C.; Marziale, M. H. P. (2006). Relações tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-junho; 59 (3): 337-43.
- Costa, M. S.; Silva, M. J.; Alves, M. D. S.; Oriá, M. O. B. (2005). Estilo de vida e saúde mental: estudo de caso com enfermeiros. *Revista de Enfermagem da UERJ*; 13; 199-03.
- Costa, T. F.; Felli, V. E. A. (2005). Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, julho-agosto, 13 (4).
- Cunha, I. C. K. O & Feldman, L. B. (2005). Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processos dos programas de acreditação hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, jan-fev, 58 (1): 65-69.
- D’Innocenzo, M.; Adami, N. P.; Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, janeiro-fevereiro: 59 (1): 84-8.

- D’Innocenzo, M. (Coord.); Feldman, L. B.; Fazenda, N. R. dos R.; Helito, R. A. B.; Ruthes, R. M. (2006). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para Gestão em Saúde*. São Paulo, Brasil. Ed. Martinari.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, Brasil. Editora Atlas SA.
- Dejours, C. (1985). *Organisation du travail – clivage – alienation*. In: *Psychopathologie du travail* (Entreprise Moderne d’Edition). ESF, Paris.
- _____, C. (1997). *O Fator Humano*. Rio de Janeiro. Editora FGV.
- _____, C. (1999). *A Banalização da Injustiça Social*. São Paulo. Editora FGV.
- _____, C. (2004a). *Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem*. In: Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (2004). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília, Brasil. Editora Fiocruz; Paralelo 15.
- _____, C. (2004b). *Patologia da comunicação, situação de trabalho e espaço público: a geração de energia com combustível nuclear*. In: Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (2004). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília, Brasil. Editora Fiocruz; Paralelo 15.
- _____, C. (2008a). *Avaliação do Trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação*. São Paulo, Brasil. Editora Blucher.
- _____, C. (2008b). *Novas formas de suicídio e servidão*. In: Mendes, A. M. (Org.) (2008). *Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba. Editora Juruá.
- Deming, E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro. Ed. Markes-Saraiva.

- Domingues, T. A. M. (2004). *Os valores das enfermeiras na intenção do agir ético*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Druck, M. G. (2001). *Terceirização: (des)fordizando a fábrica – um estudo do complexo petroquímico*. Editora da Universidade Federal da Bahia e Boitempo Editorial. Salvador, Brasil.
- Feldman, L. B.; Cunha, I. C. K. O. (2006). Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, julho-agosto, 14 (4).
- Feldman, L. B.; Gatto, M. A. F.; Cunha, I. C. K. O. (2005). Histórias da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 18 (2): 213-9.
- Ferreira, J. B. de O. (2007). *Trabalho, sofrimento e patologias sociais: estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Ferreira, M. C.; Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e Riscos de Adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília. Edições LPA, Fenafisp.
- Fogaça, M. C.; Carvalho, W. B.; Cítero, V. A.; Nogueira, L. A. M.; (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho do médico e enfermeiro em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*; 20 (3): 261-266.
- Fontana, R. T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, setembro-outubro, 59 (5): 703-6.
- Foucault, M. (1979) *O nascimento do hospital*. In: Machado, R. (Org.). *Microfísica do poder*. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Graal; p. 99-112.

- Franco, M. L. P. B. (2007). *Análise de Conteúdo*. 2ª Edição. Brasília, DF. Editora Liber Livro.
- Freitas, L. G. (2006). *Processo de saúde-adoecimento no trabalho dos professores em ambiente virtual*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília.
- Freud, S. (1930/1969). *O mal-estar na civilização*. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro. Ed. Imago.
- Gatti, M. F. Z.; Silva, M. J. D. (2007). Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 15 (3).
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida, SP. Brasil. Ed. Idéias & Letras.
- Guimarães, M. C. (2007). 'Só se eu arranjasse uma coluna de ferro pra agüentar mais...': contexto de produção agrícola, custo humano do trabalho e vivências de bem-estar e mal-estar entre trabalhadores rurais. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília.
- Gomes, A. M. (1998). *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. 2ª Edição. São Paulo, Brasil. Ed. Pedagógica e Universitária LTDA.
- Gomes, A. M. T; Oliveira, D. C. (2008). A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UERJ*; abril-junho; 16 (2): 156-61.
- Gomes, G. C.; Lunardi Filho, W. D.; Erdmann, A. L. (2006). O Sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, janeiro-maio; 14 (1): 93-9.

- Gutierrez, B. A. O.; Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 19 (4): 456-61.
- Habermas, J. (2004). *A ética da discussão e a questão da verdade*. São Paulo, Brasil. Editora Martins Fontes.
- Holanda, S. G. (2007). *Trabalho: vilão ou salvação? Sofrimento psíquico e alcoolismo entre servidores técnico-administrativos da Universidade Federal do Ceará*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil.
- Jacques, M. da G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Revista Psicologia & Sociedade*, 15 (1); jan-jun: 97-116.
- Kobayashi, R. M.; Leite, M. M. J. (2004). Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, março-abril, 12 (2).
- Kurganct, P.; Melleiro, M. M.; Tronchin, D. M. R. (2008) Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, setembro-outubro, 61 (5): 539-44.
- Kurganct, P.; Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M. (2006). A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 19 (1): 88-91.
- Lancman, S.; Sznalwar, L. I. (Orgs.) (2004). *Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília. Editora Paralelo 15.
- Lima, A. F. C.; Kurganct, P. (2009). Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, março-abril, 62 (2): 234-239.

- Lima, I. L. de (1992). *Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem*. Goiânia, Brasil. Editora AB.
- Lima, M^a E. A. (1996). *Os equívocos da excelência – as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis, Brasil. Editora Vozes.
- Lima, S. B. S., Erdmann, A. L. (2006). A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 19 (3): 271-8.
- Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D.; Silveira, R. S.; Soares, N. V.; Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, nov-dez, 12 (6).
- Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D.; Silva, M. R. S. da; Silveira, R. S. da; Svaldi, J. S. D.; Bulhosa, M. S. (2007). A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 15 (3).
- Magalhães, G. F. de O. (2006). *O sorriso que o relógio transforma em dor: custo humano da atividade, estratégias de mediação e qualidade de vida no trabalho de camareiras de hotel*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Magnano, T. S. B. S.; Lisboa, M. T. L.; Souza, I. E. O.; Moreira, M. C.; (2007). Distúrbios músculo-esquelético em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, novembro-dezembro; 60 (6): 701-5.
- Marcelino, P. R. P. (2002). *A logística da precarização: terceirização do trabalho na Honda do Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

- Martinelli, M. L. (org.) (1999). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora.
- Martins, J. J. (2000). *O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Martins, S. R. (2002). *A histeria e os Dorts: expressão do sofrimento psíquico de uma época*. Dissertação de Mestrado. UFSC. Florianópolis, SC.
- _____, S. R. (2008). *Tempo antes do adoecer: relações entre saúde e os processos psicodinâmicos do reconhecimento do trabalho*. In: Mendes, A. M. (Org.) (2008). *Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba. Editora Juruá.
- Marziale, M. H. P.; Jesus, L. C. (2008). Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, 21 (4): 654-659.
- Marziale, M. H. P.; Nischimura, K. Y. N.; Ferreira, M. M. (2004). Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, janeiro-fevereiro; 12 (1).
- Mendes, A. M.; Linhares, N. J. R. (1996). A defesa como uma estratégia frente ao sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiros na UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49 (2), 267-280.
- _____, A. M. (2007a). *Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho*. In: Mendes, A. M. (Org.) (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo, Brasil. 1ª Edição. Editora Casa do Psicólogo.
- _____, A. M. (2007b). *Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho*. In: Mendes, A. M. (Org.) (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo, Brasil. Editora Casa do Psicólogo. 1ª Edição.

- _____, A. M. (Org.) (2008). *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba. Editora Juruá.
- Mendes, A. M. e Araújo, L. K. R. (2007). *Ressignificação do sofrimento no trabalho de controle de tráfego aéreo*. In: Mendes, A. M.; Lima, S. C. da C. & Facas, E. P. et alii (2007). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília. Editora Paralelo 15.
- Merlo, A. R. C. (2000). *Transformações no mundo do trabalho e a saúde*. In: Jerusalinky, A. C.; Merlo, A. R. C. & Giongo, A. L. et al. (Eds.). *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. (p. 271-278). Porto Alegre, Brasil. Editora Artes e Ofícios.
- Meyer, D. E. E. (2006). Processos coletivos de produção de conhecimentos em saúde: um olhar sobre o exercício da enfermagem no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, janeiro-fevereiro, 59(1), 95-99.
- Mezomo, J. C. (1995). *Gestão da Qualidade na Saúde*. São Paulo, Brasil. Editora UnG.
- Mintzberg, H.; Ahlstrand, B.; Lampel, J. (2007). *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre. Bookman.
- Moreira, M. R.; Mendes, R. (2005). Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 13 (1); janeiro-abril.
- Murofuse, N. T.; Abranches, S. S.; Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, março-abril, 17 (2).
- Murofuse, N. T.; Marziale, M. H. P. (2005). Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 13 (3).

- Nishide, V. M.; Benatti, M. C. C. (2004) Riscos Ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem da USP*, 38 (4): 406-14.
- Nishide, V. M.; Benatti, M. C. C.; Alexandre, N. M. C; (2004). Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; março-abril, 12 (2): 204-11.
- Nozawa et al. (2002). *Aspectos relacionados à equipe*. In: Orlando, J. M. *UTI, muito além da técnica... a humanização e arte do intensivismo*. São Paulo. Editora Atheneu, p. 03-07.
- Pai, D. D.; Lautert, L. (2008). O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 16 (3).
- ___, D. D.; _____, L.(2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento; um estudo sobre o trabalho de enfermagem. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 22 (1): 60-5.
- Paim, C. R. P.; Ciconelli, R. M. (2007). Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 9 (36), julho-setembro.
- Paschoalini, B.; Oliveira, M. M.; Frigério, M. C.; Dias, A. L. R. P.; Santos, F. H. (2008). Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, 21 (3): 487-92.
- Pinheiro, L. H. (2007). *A criatividade que transforma o trabalho prescrito em trabalho real e a influência nas vivências de prazer e sofrimento no trabalho de teleatendimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Pinho, D. L. M.; Rodrigues, C. M.; Gomes, G. P. (2007). Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-junho; 60 (3): 291-4.

- Pires, M. R. G. M. (2005). Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, set-out, 13 (5).
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC.
- Poll, M. A.; Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D. (2008). Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 21 (3): 509-14.
- Rêgo, M. M. S.; Porto, I. S. (2005). Implantação de sistemas de qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 18 (4): 434-8.
- Rego, V. B.; Vieira, A. P.; Pereira, J. A. de S.; Facas, E. P. (2007). *O trabalho dos digitadores terceirizados de uma instituição bancária pública*. In: Mendes, A. M. (org.) (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Métodos e Pesquisas*. São Paulo, Brasil. Editora Casa do Psicólogo. 1ª Edição.
- Ribeiro, E.J.G.; Shimizu, H. E. (2007) Acidente de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, setembro-outubro, 60 (5), 535-40.
- Robazzi, M. L. C. C.; Marziale, M. H. P. (2004). A Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, setembro-outubro, 12 (5).
- Rocha, S. R. A. (2003). *“O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda”:* sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Rodarte, M. D. O.; Scochi, C. G. S.; Leite, A. M.; Fujnaga, C. I, Zamber Can, N. E.; Castral, T. C. (2005). O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras:

- implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, janeiro-fevereiro, 13 (1).
- Rossi, E. Z. (2008). *Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: Análise Psicodinâmica*. Tese de Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília.
- Salomé, G. M.; Espósito, V. H. C; Silva, G. T. R. (2008). O ser profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Acta Paulista Enfermagem*; 21 (2): 294-99.
- Silva, A. L. (2003). Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, julho-agosto, 11 (4).
- Silva, R. R. da (2007). *O trabalho de líderes religiosos em organizações protestantes neopentecostal e tradicional*. In: Mendes, A. M. (Org.) (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo, Brasil. Editora Casa do Psicólogo. 1ª Edição.
- Siqueira, M. V. S. (2009). *Gestão de pessoas e discurso organizacional*. Curitiba, Brasil. 2ª Edição. Editora Juruá.
- Shimizu, H. E.; Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva em hospital escola. *Revista de Enfermagem da USP*, 33 (1): 95-106.
- Sznalwar, L. I.; Mascia, F. L. (2008). *Prefácio à edição brasileira*. Em: Dejours, C. (2008). *Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação*. São Paulo, Brasil. Editora Blucher.
- Truppel, T. C.; Meier, M. J.; Calixto, R. C; Peruzzo, S. A; Crozeta, R. (2009). Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-abril; 62 (2): 221-7.

- Valle, A. da R. (1994). *A percepção do auxiliar de enfermagem relativa à organização do trabalho numa instituição hospitalar*. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Vargas, M. A.; Albuquerque, G. L.; Erdmann, A.L; Ramos, F. R. S. (2007) Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Revista Brasileira de Enfermagem*, maio-junho; 60 (3): 339-43.
- Vila, V. S. C.; Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, março-abril. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 30 de janeiro de 2008.
- Vitória Regis, L. F. L.; Porto, I. S. (2006). A equipe de enfermagem e Maslow (in)satisfações no trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, julho-agosto; 59 (4): 565-8.
- Xelegati, R.; Robazzi, M. L. C. C.; Marziale, M. H. P.; Haas, V. J. (2006). Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, março-abril, 14 (2).
- Xelegati, R.; Robazzi, M. L. C. C.; (2003). Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho; 11 (3).
- Zerbeto, S.R.; Pereira, M.A.O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, janeiro-fevereiro, 13 (1).