

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho sempre despertou sentimentos ambíguos no ser humano. Por um lado é considerado sofrimento, obrigação, esforço, meio pelo qual se obtém a própria subsistência e de seus dependentes, atividade alienante realizada sem propósitos e que torna o ser humano escravo das próprias necessidades. Enquanto por outro é fonte de realização e prazer, que permite a expressão do ser humano e de sua criatividade, criação e transformação da realidade. Representa também dignidade, capacidade de manter-se por meios próprios e possibilidade de consumo. Vasconcelos (2002) aponta ainda em relação a esses aspectos positivos o sentimento de sentir-se útil e ativo na sociedade, de valorização do indivíduo e de bem-estar na vida.

Essa dicotomia está presente também em sua origem etimológica. Martins Perez (2002) refere que os antigos romanos utilizavam duas palavras para designar o trabalho: *labor, laboris*, que significa lazer e refere-se à ocupação agradável ou dos homens livres; e *tripalium, tripalii*, que representa martírio, sacrifício e está relacionado ao trabalho que escraviza o homem. Conhece-se também por *tripalium* um instrumento utilizado para manufatura de cereais, feito com três paus afiados que, por vezes, possuía ainda pontas de metal, e ficou popularizado como instrumento de tortura.

De acordo com Gelbcke e Reibnitz (2002, p. 159) essas duas óticas sobre o trabalho permanecem nos dias atuais, pois, “para muitos, o trabalho é encarado como libertador, prazeroso e, mesmo quando é árduo, traz esperança e sonho ao trabalhador”. Porém, o trabalho também pode ser escravizante, monótono, sem criatividade, e embrutecer o homem ao invés de humanizá-lo. Desse modo, o trabalho não pode ser considerado apenas como sofrimento ou prazer, uma vez que contempla ambos. Como afirmam Nascimento e Barbosa (2001, p. 10) “na realidade, o trabalho é uma atividade humana e, como tal, reflete a contradição existente no próprio homem e no conjunto da sociedade”.

O trabalho também é uma referência de vida para as pessoas, pois se dedica boa parte do tempo e das capacidades humanas para o desenvolvimento de atividades a ele relacionadas. De acordo com Kanaane (1999) a relação existente

entre o trabalho e a vida humana está focada na constante necessidade de o ser humano averiguar os vários significados que atribui ao espaço social que ocupa. Assim, o trabalho, além da dicotomia entre prazer e sofrimento, representa a eterna busca do ser humano por desenvolvimento, interação e integração com os elementos que compõem o contexto a que pertence.

Ao longo da história o trabalho passou por mudanças significativas em sua estrutura e organização. Na Idade Média e Moderna era realizado em contexto grupal, coletivo; no entanto, a partir da Idade Contemporânea, com a industrialização e com a exigência de profissionalização e especialização crescentes, o trabalho tem sido realizado de maneira mais isolada, em que cada profissional responde por determinado fragmento da atividade.

Dessa forma, como refere Rehfeldt (2003), o profissional desenvolveu uma competência técnica bastante especializada; porém, no decorrer deste desenvolvimento, uma barreira cerceou os locais de trabalho, fazendo com que a interação das pessoas diminuísse consideravelmente. Por conseguinte, observa-se que o contato direto entre as pessoas que compartilham o mesmo ambiente de trabalho é pequeno e que o relacionamento estabelecido entre elas é impessoal e revestido de pouco significado construtivo.

A consequência desse processo é a superficialidade nos relacionamentos que, por sua vez, pode levar a incompreensões, mal-entendidos e conflitos, comprometendo a qualidade das relações sociais. Ao invés de os contatos humanos serem diretos, enriquecedores e significativos, eles são cada vez mais indiretos e de pouca importância, interesse ou necessidade (REHFELDT, 2003).

Algumas instituições têm buscado reverter essa situação, adotando políticas de humanização ou organizando o trabalho em células ou pequenos grupos. Assim, busca-se maior aproximação das pessoas, para que contatos e trocas sejam favorecidos. Entretanto aglutinar as pessoas em um mesmo espaço não implica necessariamente experiências positivas e construtivas, se as pessoas não souberem relacionar-se socialmente.

Com as mudanças no mundo do trabalho não se espera dos profissionais somente desempenho técnico eficiente, a execução adequada de suas tarefas, mas que saibam também desenvolver e manter relações sociais nos diferentes âmbitos

que o trabalho na instituição permeia. Amplia-se, assim, o foco de atenção sobre o trabalho do campo técnico e material para o relacional e para o comportamental.

Nesse sentido, Dejours (2002) refere que as condutas humanas resultam da interação homem-ambiente. Logo, o mundo do trabalho é visto sob o aspecto intersubjetivo e social. O ambiente físico e os aspectos mais técnicos são deixados de lado. Para ele as relações intersubjetivas do homem com o outro desempenham papel organizador das condutas humanas e não se reduzem a uma entidade ou sistema homem-outro. Considera que não se pode analisar os comportamentos humanos a partir das interações individuais, isoladas de um sujeito e o ambiente físico do trabalho, indicando a importância das interações das pessoas no trabalho.

Ao analisar a literatura referente ao tema, Dejours (2002) destaca que grande ênfase é dada à eficiência da interação do trabalhador com seu ambiente de trabalho; mas a maioria desses estudos concebe basicamente a existência de ações do sujeito sobre o ambiente. No entanto o inverso, a ação do ambiente sobre o trabalhador ainda é pouco explorada. Desse modo, sugere que sejam realizadas pesquisas acerca das interações sociais, das condutas coletivas no trabalho, pois as investigações ficam ainda no nível individual ou, quando se considera o coletivo, como o faz a psicossociologia, o contexto do trabalho é visto de forma reducionista. Apenas as questões referentes a motivações, lideranças, poder, etc. são observadas.

Em sua visão os estudos deveriam focalizar os processos intra-subjetivos e intersubjetivos e as relações entre o indivíduo e a organização. Em suas palavras, as pesquisas devem ser orientadas para “elucidação dos processos afetivos e conativos<sup>1</sup>, para a análise das comunicações, do clima social, da cultura, da ideologia, dos valores e das relações entre os homens” (DEJOURS, 2002, p. 25-26). Tendo em vista essa perspectiva, desenvolveu-se o presente estudo, visando a uma aproximação e compreensão dessa relação entre o ambiente de trabalho e o homem.

Esta pesquisa também foi motivada por trabalhos anteriores e pela trajetória pessoal da pesquisadora, que sempre tiveram o cuidado de si como norte. O contato inicial da autora com a temática ocorreu ainda durante o curso de graduação em

---

<sup>1</sup> Conativos: processos que dizem respeito à mobilização, ao impulso e ao esforço. *Conatus*: esforço, empenho.

Enfermagem e foi impulsionado pelo desejo de fazer da equipe de enfermagem também objeto das ações de cuidado. A partir do trabalho de graduação, outros foram desenvolvidos, incluindo projetos de pesquisa (LACERDA et al, 2003) e o trabalho de conclusão de curso (OLINISKI, 2004) que, por sua vez, incentivaram e fustigaram ainda mais o interesse pelo tema.

O cuidado de si, na perspectiva adotada neste estudo, significa a adoção de uma relação construtiva para consigo e com os outros, de modo que estejam presentes os valores humanísticos básicos, como o amor, a solidariedade, o respeito e o interesse genuíno. É envolver-se em uma interação de modo que cada pessoa possa expressar-se como é e obter bem-estar, conforto, reciprocidade, compreensão.

O cuidado de si é imanente ao ser humano, é condição da existência e sobrevivência. Porém, observa-se sua negação e subvalorização, apesar do aumento da demanda por cuidados. As pessoas estão trabalhando mais, dispendo de menor tempo para se dedicar a outras atividades e interesses, como lazer, artes, natureza, amigos, família e o cuidado próprio (REHFELDT, 2003).

Noddings (2003) refere que constantemente se ouve verbalizações a respeito do pouco interesse que as pessoas possuem umas pelas outras. E a observação de que elas se encontram imersas em procedimentos e requerimentos atrelados à burocracia levam a pensar que essas reclamações persistirão. No entanto, enquanto seres humanos queremos e necessitamos cuidar e ser cuidados.

Nesse sentido, é necessário construir laços afetivos e reconhecer o valor que as pessoas e as relações humanas têm. Corrobora-se, portanto, o pensamento de Boff (2001, p. 12) ao afirmar que “não habitamos o mundo somente através do trabalho, mas fundamentalmente através do cuidado e da amorosidade. É aqui que aparece o humano do ser humano”. Assim, há necessidade de adotarmos ações e atitudes de cuidado com tudo o que para nós tenha sentido e significado.

Nesta sociedade em que sobrevive o mais forte e apto competitivamente, a capacidade de interação, de interesse e envolvimento autêntico e genuíno está sendo perdida. De acordo com Souto (2003), o homem, ao se colocar como único e exclusivo foco de interesse, acabou por perder padrões superiores de referência,

como os morais e éticos. Desenvolveu, assim, uma atitude egoísta e destrutiva em relação ao seu ambiente e às pessoas ao seu redor.

Essa dificuldade em se relacionar de forma construtiva e humana pode também ser observada nos ambientes de trabalho em saúde, pois o modo como estão estruturados atualmente limitam e até prejudicam as interações dos profissionais e desses com os clientes. São locais naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos, que fazem com que os profissionais adotem mecanismos de defesa e enfrentamento diante das situações de estresse e sofrimento que vivenciam cotidianamente, o que acaba por distanciar ainda mais as pessoas e os contatos, dificultando a expressão da subjetividade e da própria humanidade de cada indivíduo.

Dessa forma, o cuidado de si do profissional de saúde surge como possibilidade para que sejam superados os obstáculos do mundo do trabalho, a ineficiência das relações interpessoais e a atitude individualista, bem como para que o ambiente de trabalho em saúde se constitua em um ambiente de cuidados para os clientes e para os que nele desenvolvem sua atuação profissional.

Como afirmam Gelbcke e Reibnitz (2002), o profissional, além de ser competente ética e politicamente, voltado para o mercado do trabalho, deve ser considerado como ser humano que cuida e que precisa ser cuidado. Assim, a ética, a solidariedade, o compromisso com os clientes e com a equipe de trabalho, a busca da complementação de si e do outro, pautadas pelo companheirismo, pela troca e pela partilha, devem estar presentes em nossas ações cotidianas.

Diante de tais considerações este estudo teve como **questão norteadora** a seguinte pergunta: Qual é a relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho? E o **objetivo** que se pretendeu alcançar delineou-se assim: Compreender a relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e o ambiente de trabalho.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Para composição do referencial teórico deste trabalho foram adotados três eixos condutores que o fundamentam: o ambiente de trabalho, o cuidado de si do profissional da saúde e o Interacionismo Simbólico. Cada um destes temas será abordado separadamente em tópicos, buscando melhor compreensão quanto ao seu significado e abrangência. No entanto destaca-se que essa apresentação é meramente didática, uma vez que os temas se encontram estreitamente relacionados e conectados.

### **2.1 AMBIENTE DE TRABALHO**

Ao abordar o ambiente de trabalho, diversas são as considerações que podem ser tecidas a respeito, uma vez que sua amplitude permite transitar por muitos de seus diferentes aspectos. Porém, antes de entrar em alguns de seus matizes é necessário contextualizar, compartilhar e conceituar o enfoque dado neste estudo ao ambiente de trabalho. Para isso recorre-se às concepções presentes na literatura e pertinentes a este estudo.

Ambiente, em seu sentido etimológico, refere-se ao que está ao redor, em torno. Ambiente pode ser considerado o contexto interno e externo em que o ser humano vivencia experiências, interage, cresce e se desenvolve. Nele podem ser desempenhados diferentes papéis, que podem estar atrelados à presença ou não de seres humanos, com suas respectivas crenças, valores, culturas, objetos, com os quais se estabelece um relacionamento ou interação (RADUNZ, 1998).

Silva e Santos (2002, p. 18) compreendem o meio ambiente como sistema complexo de interação dos seres humanos com a sociedade e com a natureza. Entendem-no como “um espaço socialmente construído nas relações cotidianas, que são permeadas por atividades econômicas, sociais e políticas”.

Esses autores apontam também a concepção de Kim que estudou o domínio do ambiente. A autora considera o ambiente uma entidade complexa formada por três aspectos: o espacial, o temporal e o qualitativo. No aspecto

espacial destaca o que está em torno da pessoa, a qual se encontra no centro e circundada por elementos ambientais próximos. No temporal estão a duração e modo da presença dos elementos, se eles se apresentam de maneira regular ou casual. E no qualitativo estão as qualidades físicas, sociais e simbólicas dos elementos.

Em relação ao aspecto qualitativo, Kim, citada por Silva e Santos (2002), descreve que o meio ambiente físico é constituído pelos aspectos relacionados à matéria e à vida: elementos bióticos e abióticos, enquanto no meio ambiente social estão os seres humanos, comunidades e sua interação. O meio ambiente simbólico elenca três tipos de elementos: os conceituais, compostos por idéias, valores, crenças e conhecimento; os normativos, ou seja, regras, leis, expectativas e sanções; e institucionais, formado por organizações, instituições, sociedade e cultura. Desse modo, o meio ambiente, no pensar de Kim, citada por Santos (2002), é entidade que existe externamente à pessoa ou à humanidade, concebida como um todo, contendo elementos distintos. É parte essencial da existência humana.

Evidencia-se, portanto, em relação ao ambiente, a presença e inter-relação de componentes diversos, bem como a não delimitação física e espacial restrita, e sim uma conformação abrangente e transponível, relacionando-se mais a noção de espaço social do que geográfico.

O trabalho, por sua vez, como observado anteriormente, desperta contradições no ser humano, sendo considerado um misto de prazer e sofrimento. Contudo é necessário diferenciar o trabalho enquanto atividade humana que possui a consciência e a intencionalidade como características imanentes, diferentemente do trabalho executado por animais (VIEIRA, GUIMARÃES e MARTINS, 1999).

Souto (2003, p. 37) conceitua o trabalho como “todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir seus objetivos em consonância com princípios éticos”. Para o autor o trabalho também significa “o efetivo exercício de uma profissão, um emprego ou ocupação” (SOUTO, 2003, p. 41). Compreende não só as atividades exigidas pela produção, mas também todas as demais que lhe são acessórias, ou consideradas parte de seu desenvolvimento. Destaca que o trabalho reveste o ser humano de dignidade, pois permite a doação

da pessoa que o realiza e, assim, resulta na expressão de nobreza e beleza da criação, aperfeiçoamento ou cooperação, representa ainda coragem de lutar.

Segundo Lunardi Filho e Leopardi (1999, p. 21) entende-se por trabalho qualquer atividade que modifique o estado de algo, tendo em vista o aprimoramento de sua utilidade e conseqüentemente, a melhor satisfação das necessidades humanas. Assim, firmam que trabalho é “o esforço, enquanto processo e ação, e o resultado, enquanto obra concluída”. Consideram ainda que o trabalho seja algo mais amplo do que a aquisição de bens e manutenção da sobrevivência; é também a condição de realização por meio da qual o homem se exterioriza e se dignifica.

O trabalho para Ferreira (2003) é sobretudo um espaço de relação e de convivência social, que realimenta em cada ser humano o sentimento de inclusão e permite simultaneamente sua diferenciação em uma comunidade profissional e/ou institucional. Possui um aspecto de grande relevância e um significado simbólico muito forte; ele é espaço de socialização e dá sentido à vida das pessoas. No entanto não deve ser considerado como único aspecto relevante da vida humana e, ao mesmo tempo, não deve ser marginalizado.

Nascimento e Barbosa (2001, p. 19) corroboram o aspecto social do trabalho em uma perspectiva de rede de relações. Para eles a característica fundamental do trabalho é a atividade social, pois consideram que “o homem estará sempre ou trabalhando para alguém ou com alguém, ou por alguém”. O homem pode até trabalhar só; entretanto, por mais isolado que seja o trabalho, ele necessita de uma relação, interação com o outro em algum momento.

Dessa forma, “trabalhar, pois, não é somente executar os atos técnicos, é também fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis à psicodinâmica do reconhecimento” (DEJOURS, 2002, p. 58). Portanto, o trabalho vai muito além do desempenho de uma atividade específica; ele representa relacionamento social, identificação com um grupo, reconhecimento e valorização pessoal. Envolve o mundo social e também subjetivo do ser humano.

Ao adotar essa ótica em relação ao ambiente de trabalho, considerando-o principalmente enquanto ambiente de interações e expressão do *self*<sup>2</sup> individual e

---

<sup>2</sup> *Self* é “o ambiente subjetivo total de uma pessoa. É um ponto central distintivo de experiência e significado” (RADÜNZ, 1999, p. 192). É o que diferencia o ser humano dos demais objetos sociais e o caracteriza como humano.



coletivo, torna-se necessário abordar algumas perspectivas que permeiam sua configuração. Assim, serão realizadas algumas incursões acerca do panorama atual do trabalho, visa-se apresentar uma contextualização ampliada deste; sobre o trabalho em saúde, delineiam-se algumas especificidades inerentes à área da saúde; sobre a estrutura e organização do trabalho em saúde, aprofundam-se as questões intersubjetivas e relacionais deste ambiente.

### 2.1.1 O PANORAMA ATUAL DO TRABALHO

Ao longo da história, o trabalho sofreu alterações e foi modificado de acordo com as necessidades e modos de pensamento vigentes. Passou da subsistência individual baseada na agricultura e artesanato do sistema feudal para o modelo industrial e capitalista da Idade Contemporânea, que separou o homem dos meios de produção. O homem em si tornou-se instrumento de trabalho, prestador de serviços manuais ou intelectuais. O trabalho adquiriu status de ocupação econômica, enquanto atividade realizada por remuneração. Assim, atualmente está diretamente relacionado à organização produtiva, ao mercado de trabalho e à economia.

De acordo com Jaques Wagner (2003), ex-ministro do Trabalho e Emprego, no sistema capitalista a inclusão social é ditada pelo mercado de trabalho, uma vez que este é o elo entre o crescimento econômico e o bem-estar material das famílias. Logo, possuir um emprego significa participar da sociedade e do círculo de desenvolvimento econômico e social.

Por outro lado, Wagner (2003) refere que o mercado de trabalho brasileiro, nos últimos dez anos, vem sofrendo uma desestruturação que tem trazido como conseqüências: a elevação do desemprego, o crescimento da informalização das relações trabalhistas, a estagnação da renda e a piora na sua distribuição. Corroborando esta idéia, Ferreira (2003) acrescenta a terceirização e outros processos, que considera como socialmente cruéis, tais como a flexibilização<sup>3</sup> e o *downsizing*<sup>4</sup>. Todo esse conjunto de ações tem conduzido à precarização do trabalho.

---

<sup>3</sup> A flexibilização é o processo de adaptação de normas trabalhistas à realidade conveniente, quer pelas retrações ou expansões econômicas, processos tecnológicos, transformações sociais ou políticas.

<sup>4</sup> *Downsizing* refere-se ao enxugamento do quadro de pessoal, no qual maior responsabilidades são delegadas para gerentes e funcionários de nível mais baixo.

O resultado desses processos se traduz em uma parcela significativa de profissionais trabalhando de forma autônoma ou prestando serviços terceirizados. Outros buscam emprego no terceiro setor, representado pelas organizações não governamentais, fundações sem fins lucrativos, sindicatos, entidades de classe e outros tipos de associações e movimentos. Há ainda o aumento do trabalho temporário, por tempo determinado e meio emprego (tempo parcial), o que significa redução nos salários, diminuição da seguridade social e perda de benefícios.

Dessa forma, ocorre a formação de dois blocos distintos de profissionais: de um lado estão os que ainda possuem emprego formal e de outro um número crescente de excluídos deste. No pensar de Ferreira (2003), os excluídos do trabalho formal acabam ficando à margem da precariedade e da informalidade. Enquanto os empregados, por um lado, são considerados privilegiados e protegidos por ainda possuírem direitos e benefícios, mas por outro, reclamam e percebem o volume crescente de deveres e obrigações impostas, o que faz com que atinjam um nível de desempenho profissional praticamente inviável.

Essa fragmentação, ao acarretar diferenciação no aspecto financeiro dos profissionais, acentua ainda mais as desigualdades sociais. Assim, tem-se de um lado, os profissionais informais de diferentes níveis, que atuam sem carteira assinada, nem garantias de saúde e previdência, com ganhos irregulares e baixos. E de outro, profissionais com elevada capacidade técnica ou acadêmica, os quais prestam seus serviços, como assessoria e consultoria às empresas e outras instituições, e obtêm ganhos também irregulares porém altos (NASCIMENTO e BARBOSA, 2001).

A globalização também é apontada como responsável pela situação atual do trabalho, uma vez que acirra a competição entre empresas do bloco econômico regional ou de outros países e incita a formação de megaempresas e blocos econômicos. Movida pela ideologia do lucro, adota a prática de melhor resultado ao menor custo e leva à redução de pessoal nas empresas, conseqüentemente ao desemprego e à competição interna entre os trabalhadores, que disputam a permanência no emprego.

Portanto, com a criação de megaempresas há também a modificação na natureza e estrutura das instituições, que se tornam desumanas. O desejo

desenfreado de expandir faz com que a competição, coerção e exploração sejam constantes nas atividades laborais. Tal concepção está arraigada à estrutura das grandes empresas; assim, acentua-se ainda mais a exploração do ser humano, ao invés de propiciar seu bem-estar pessoal e social (VASCONCELOS, 2002).

Marín León e Iguti (1999) afirmam a esse respeito que a exigência de qualidade total e defeito zero, devido à crescente competitividade local e internacional das empresas, levam ao uso de estratégias que sobrecarregam fisicamente o trabalhador pela exigência de maior produtividade e exercem forte pressão psicológica através da ameaça constante de desemprego.

Além disso, a globalização, por meio da produção em massa e das atuais facilidades nos meios de transporte e de comunicação, traz consigo a padronização dos gostos e costumes. A comida, o vestuário, a moda, os hábitos estão deixando de ser locais para se tornarem universais. Deste modo, as pessoas estão sendo impelidas a pensar, agir e gostar das mesmas coisas, o que restringe a expressão da personalidade, individualidade e criatividade de cada ser humano.

Dentro desse panorama inclui-se também o rápido e crescente avanço tecnológico, principalmente através da informática e eletrônica, que permitiu a robotização e automação nas empresas. Nascimento e Barbosa (2001) destacam que essa revolução possibilitou que as máquinas substituíssem não apenas o esforço físico, mas também os procedimentos mentais do ser humano. Assim, ao incorporar tais procedimentos, certas decisões humanas são transferidas para as máquinas em seus processos mecânicos.

As conseqüências desse processo são o desemprego, a competitividade e o individualismo. Gelbcke e Reibnitz (2002) apontam a perda da solidariedade no trabalho. Referem que a tecnologia, ao substituir o homem, além de controlar e estabelecer o ritmo do trabalho, influencia a qualidade do produto. Com isso, o ser humano perde para a máquina um aspecto fundamental: sua identidade.

No entanto, apesar dos avanços tecnológicos e da diminuição de tarefas proporcionadas com a automação e robotização, os indivíduos têm trabalhado mais. Em partes, devido à redução de empregados nas empresas, ficando o trabalho excedente para aqueles que nela permanecem. Mas também pelo nível de qualificação técnica exigida, "os que têm baixa qualificação trabalham mais, porque

ganham pouco, enquanto os altamente qualificados trabalham mais porque podem ganhar mais pelo tanto que produzem” (SOUTO, 2003, p. 44).

Outro aspecto relevante são os modelos atuais de gestão organizacional, que têm exigido dos profissionais não apenas qualificação e competências objetivas relativas à sua função, mas também exigências subjetivas justificadas pela égide da polivalência profissional.

O profissional polivalente deve possuir conhecimentos diversificados, competência técnica, capacidade de adaptação e liderança, espírito de equipe e buscar a atualização constante; enfim, deve suprir diversas necessidades e possuir aptidões variadas. Assim, a polivalência torna-se requisito para a empregabilidade, a qual é considerada como “a capacidade do ser humano de se adequar às novas experiências do mercado de trabalho, através de sua capacitação, ou seja, do aprendizado de novas habilidades que lhe facilitem conseguir um emprego” (GELBCKE e REIBNITZ, 2002, p. 157).

Ferreira (2003) considera tais exigências como invasão de privacidade, pois se inserem dentro de uma perspectiva de crescente dominação e colonização da subjetividade. Alerta para que esta invasão da subjetividade e individualidade dos trabalhadores não ponha à prova sua identidade e, conseqüentemente, leve a uma erosão de sua auto-estima e até mesmo dignidade.

A lógica capitalista privilegia a produção. O seu lema é produzir e produzir cada vez mais para se poder, então, desfrutar de alguns poucos benefícios. Percebe-se, desta forma, que o trabalho fica pautado apenas nos princípios da produtividade, eficiência, competitividade e racionalidade.

De acordo com Lunardi Filho e Leopardi (1999), o resultado da adoção desse modelo é a desqualificação e marginalização contínuas, que conduzem à utilização inadequada das potencialidades e criatividade do trabalhador. Desse modo, além de não dignificar e propiciar a realização profissional, essa situação tem levado à deterioração das condições de vida de parte significativa da população.

Por conseguinte, as conseqüências recaem não apenas na vida ocupacional do indivíduo, mas também em sua vida econômica, social e familiar. As perdas ocorrem em diversas esferas da vida, como observam Marín León e Iguti (1999, p. 254), “de uma posição garantida na força de trabalho, do sentimento de participação

e identificação com um grupo específico, de seu status de provedor da família, de sua posição social em sua comunidade, de seu saber específico”.

A adoção desse modelo trabalhista tem conduzido à exploração, alienação e desumanização do trabalhador, bem como à marginalização daqueles que não possuem vínculo empregatício formal. No entanto não se pode tomar esse modelo como único vilão e culpado por todas as mazelas, é necessário que os trabalhadores tenham consciência desses aspectos subjacentes ao trabalho e, a partir disso, comecem a agir e buscar alternativas para modificar a situação vigente a seu favor.

### 2.1.2 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde pertence ao setor terciário da economia, ou seja, refere-se à prestação de serviços. Faz parte do trabalho em geral e assim sofre as influências e conseqüências que nele ocorrem, como as decorrentes do modelo capitalista de produção, da globalização, dos avanços tecnológicos e das formas de estrutura, organização e gestão institucionais.

Considerando-se a inclusão neste contexto mais amplo, a área da saúde tem sido alvo de um desmantelamento progressivo, que abrange uma diminuição dos investimentos públicos e uma política de redução de custos e aumento da produtividade. Por conseguinte, retira-se cada vez mais dos trabalhadores no que tange às condições de trabalho e concessão de benefícios, e se aumenta a flexibilização das relações trabalhistas e a exigência por melhor desempenho, como se o resultado e a qualidade do serviço dependessem exclusivamente do profissional.

Gelbcke e Reibnitz (2002) apontam como conseqüências dessa lógica: a precarização das condições de trabalho, a diminuição da jornada de trabalho e conseqüente redução salarial, a redução das multas contratuais das empresas por demissões, os planos de demissões voluntárias, a restrição do seguro desemprego quanto a sua abrangência, e contratação de pessoas sem preparo adequado para atuar na área de saúde, devido aos baixos salários. Consideram, portanto, que está ocorrendo crescente desregulamentação dos mecanismos de proteção ao trabalhador de saúde e o aumento da exclusão social.

Por outro lado, as autoras referem que por fazer parte do setor terciário, um dos focos de expansão do sistema capitalista, as questões relacionadas ao desemprego não são tão evidentes nessa área. Contudo ponderam ainda que nesse setor se destaca a precarização das condições de emprego, uma vez que há uma parcela significativa de profissionais sem qualificação e com baixos salários, em face das responsabilidades inerentes à sua atividade. Tal situação pode até mesmo se configurar como subemprego.

De acordo com Pires (1999), o trabalho em saúde pertence à esfera da produção não-material, pois ele não tem como resultado um produto material, independentemente do processo de produção e comercializável. O produto desse trabalho é a própria realização da ação de saúde; portanto não está dissociado do seu processo de produção.

O trabalho em saúde compreende a assistência à saúde, o que inclui atividades de recuperação, tratamento, manutenção e restauração dos indivíduos que precisam deste tipo de atenção, promoção da saúde e prevenção de doenças. A assistência à saúde tem como atividades específicas: o diagnóstico ou identificação dos problemas de saúde, a decisão sobre a conduta a ser seguida, a realização dos cuidados ou procedimentos de saúde em si, a avaliação dos resultados e a decisão sobre a alta ou conclusão da assistência (PIRES, 1999).

Na área da saúde, o trabalho é profissional e coletivo. Realizado por trabalhadores com conhecimentos técnicos e científicos sobre o processo de saúde-doença e/ou com formação voltada para área humanística. Envolve diferentes tipos e níveis de formação profissional: profissionais de nível superior, como enfermeiros, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e farmacêuticos; e profissionais de nível médio, como técnicos e auxiliares de enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, radiologia e outros exames complementares.

No âmbito institucional, além desses profissionais há ainda aqueles que respondem pelas atividades de apoio, ou seja, não pertencem diretamente às atividades de saúde, mas prestam serviços correlatos ou básicos para a manutenção e organização da assistência. Dentre esses estão os que trabalham na hotelaria,

zeladoria, segurança, limpeza, manutenção e conserto de equipamentos e materiais, secretaria e administração.

Apesar da multiplicidade de profissionais envolvidos na atenção ao cliente, na maioria dos serviços, não há uma pessoa responsável pela coordenação geral dessa assistência. Além disso, como refere Pires (1999), não há instâncias de planejamento que norteiem as ações e conhecimentos envolvidos na proposta assistencial da instituição; especificação de qual profissional é necessário para a realização de determinada tarefa; explicitação de funções profissionais e de que forma as atividades podem ser integradas. Também não existem espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada nem de avaliação dos resultados.

Assim, cada profissional possui função e atividades específicas no grupo e responde por elas, realizando seu trabalho de maneira independente dos demais. Contudo os profissionais de nível médio ficam sob supervisão e responsabilidade dos respectivos profissionais graduados.

A integração e interdisciplinaridade constituem um desafio a ser enfrentado, uma vez que em muitas instituições o trabalho é realizado em grupo e não em equipe. Frequentemente, o resultado é um descompasso na assistência, apresentado sob a forma de esforço duplicado e posições e ações contraditórias dos profissionais.

Outra característica do trabalho em saúde é a relação direta e constante com pessoas que se encontram debilitadas e fragilizadas, devido ao seu quadro de saúde. Esta particularidade faz com que os profissionais experimentem sentimentos e sensações contrastantes. Por um lado, sentem-se felizes e satisfeitos por ajudarem, serem solidários e compassivos com o sofrimento alheio; mas, por outro, a intensidade e o contato contínuo com essas situações os desgastam e conduzem ao uso de diferentes mecanismos de enfrentamento.

Tais sentimentos e percepções devem-se a diferentes fatores presentes no contexto de trabalho em saúde, como, por exemplo: intensa carga emocional; convívio cotidiano com a doença, o sofrimento e a morte; exigência de elevado grau de desempenho físico e mental dos profissionais; extensa jornada de trabalho; grau de responsabilidade nas decisões; escassez de profissionais em face das demandas e quantidade de clientes atendidos.

Coutrin, Freua e Guimarães (2003) acrescentam a esses fatores: as ações específicas de saúde, que requerem agilidade, atenção e atualização de conhecimentos; a necessidade de improvisação, as questões burocráticas, a relação interpessoal dos membros da equipe e o ruído proveniente dos equipamentos. Mas há ainda, como indicam Vieira, Guimarães e Martins (1999), baixos salários; excesso de trabalho; forte pressão por maior produtividade; relacionamento interpessoal pobre entre os membros da equipe; burocracia em excesso, e ainda competitividade, problemas de comunicação, falta de confiança e de companheirismo, que tornam mais frágeis as relações de trabalho e não propiciam condições para o bem-estar psíquico dos profissionais.

Em face desse contexto, percebe-se que os profissionais se vêem envolvidos em uma avalanche de pressões e condições, apresentando dificuldades para lidar com seus sentimentos, reprimindo-os. Torna-se difícil experimentar sentimentos positivos em relação ao trabalho e sentir-se valorizado e reconhecido. Além disso, há um esvaziamento nas ações e relações estabelecidas no trabalho, tanto em relação ao cliente, quanto com os membros do grupo.

Dessa forma, ocorre insatisfação, absenteísmo e até mesmo abandono da profissão. Com isso, a qualidade do trabalho fica comprometida, uma vez que há perda de interesse do profissional em realizar atividades esvaziadas de significado e que não trazem reconhecimento, nem por parte dos clientes nem da instituição (LUNARDI FILHO e LEOPARDI, 1999).

Ghiorzi (2003, p. 554) complementa, referindo que os profissionais não têm “mais paixão naquilo que fazem, porque o tempo para o prazer de escutar um cliente, de dar atenção a ele é substituído pelo tempo de aumentar as horas de trabalho e do número de pessoas atendidas”, o que acaba conduzindo ao esgotamento físico e psíquico.

O trabalho em saúde acabou por perder seu significado de ajuda, recuperação, restauração da saúde, para tornar-se apenas uma prestação de serviço mecânica e massificada, esvaziada de conteúdo e valores humanos. Desse modo, concorda-se com Gelbcke (2002, p. 220-221), que afirmar que é preciso ter “descontinuidades, encontrar os respiradouros, momentos em que se pode refletir, ter contato consigo mesmo, para não perder as características de humanidade,



justamente porque este trabalho é com seres humanos”. Torna-se premente, então, a redução dos efeitos destrutivos sobre os profissionais da saúde, a retomada dos aspectos positivos deste trabalho e a reconstrução de suas relações interpessoais.

A retomada dos aspectos positivos subjacentes ao trabalho em saúde, ou seja, ao fato de com ele é possível proporcionar conforto e alívio aos clientes, ajudar ao outro, fazer diferença, ter impacto na vida/saúde das pessoas, fazer parte de um grupo, ter liberdade e espaço para se expressar e usar a criatividade: podem trazer ao profissional o sentimento de ser uma pessoa que tem importância, que exerce atividade que tem reconhecimento e valorização social. Estes aspectos são importantes, pois se refletem diretamente na percepção de si do profissional, no sentimento de utilidade, na sua auto-estima e servem como impulsores e motivadores de seu trabalho.

Ferreira (2003) comenta que no ambiente de trabalho existem dois processos essenciais que envolvem o profissional e determinam sua satisfação no trabalho: o desejo de reconhecimento e o reconhecimento do desejo. O primeiro refere-se ao desejo que todo ser humano tem de querer ser reconhecido e o faz buscar a inclusão dentro de um grupo, ser visto como igual e membro deste (identidade coletiva). No segundo, além desse reconhecimento, a pessoa busca a expressão de suas peculiaridades, das diferenças daquilo que os faz únicos (identidade individual). À medida que há possibilidade ou expressão dessas necessidades, os profissionais experimentarão satisfação ou sofrimento no trabalho.

Grande parte dessa necessidade de reconhecimento e retomada da essência da atuação profissional em saúde pode ser conquistada por meio de modificações na estrutura e organização do trabalho e do cuidado de si do profissional de saúde.

### 2.1.3 QUESTÕES QUE PERMEIAM A ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A estrutura e organização do trabalho estão relacionadas à sua divisão técnica e social, ou seja, à hierarquia institucional, ao processo e ritmo de trabalho, à distribuição de atividades entre os profissionais, aos tipos e níveis de sociabilidade e

comunicação estabelecidas na organização, ao nível de formação profissional, à especificidade das atividades desenvolvidas, entre outros.

De acordo com Gelbcke (2002), a organização do trabalho compreende o processo em que estão insertas as atividades dos trabalhadores, as relações interpessoais no local de trabalho entre os pares e a hierarquia em determinada estrutura organizacional.

Dependendo da forma como a instituição está estruturada e organizada internamente, os profissionais terão melhores ou piores condições de trabalho, possibilidade ou não de desempenho intelectual e manual, acesso a recursos e hierarquias institucionais, relacionamento e intercâmbio interpessoal, níveis de satisfação e desgaste, percepção sobre si, seu trabalho e a influência/importância dele para a comunidade interna e externa.

Cardoso (1999) compara a estrutura de uma empresa a uma pequena organização social. Assim, considera que uma empresa é formada por um conjunto de relações, em que as pessoas estão unidas e cada qual possui local e função específicos. Além disso, a conexão de cada membro ao todo ocorre de tal forma, que qualquer alteração na estrutura pode influenciar, de modo imprevisível, o conjunto do trabalho. Deste modo, além da divisão e execução do trabalho em si, a estrutura e organização do trabalho têm como elementos fundamentais a intersubjetividade e as relações sociais.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p.138), a integração humana, expressa pela intersubjetividade e pelas relações sociais modifica e dá forma concreta ao trabalho, como referem, “forma que se caracteriza essencialmente por sua evolutividade, em função de homens concretos, de coletivos, da história local e do tempo”.

A relevância em considerar os aspectos subjetivos e intersubjetivos no trabalho decorre do fato de o trabalhador refletir sobre sua relação com o trabalho e com isso interpretar e socializar sua situação e condições, reagir e se organizar mental, afetiva e fisicamente. Enfim, ele age sobre o próprio processo de trabalho e contribui para a construção e evolução das relações sociais de trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 1994).

Portanto o trabalho e, conseqüentemente, sua estrutura e organização não podem ser considerados apenas sob o aspecto individual do homem com sua tarefa, mas sim a partir da subjetividade, intersubjetividade e das interações que ocorrem neste espaço coletivo. Dejours (2002, p. 69) refere a esse respeito que o objetivo inicial do trabalho é a atividade técnica, a produção e a utilidade prática que possui. No entanto, como é atividade desenvolvida no mundo social, “supõe não só que os agentes cooperem, mas também que consigam viver lado a lado e se compreendam, a fim de que a violência seja conjurada”.

Desse modo, o trabalho abrange três esferas: técnica, social e subjetiva. Evidencia-se aqui o aspecto social e relacional, ou seja, as ações e interações humanas e sugere-se uma modificação na conformação atual da estrutura e organização do trabalho, de tal forma que as interações e relacionamentos interpessoais sejam favorecidos vertical e horizontalmente, uma vez que tradicionalmente são mantidos em níveis mínimos.

A necessidade de contato e de relacionamento interpessoal cria redes e faz com que o trabalho seja compartilhado e colaborativo. Assim, considerando o aspecto social do trabalho, bem como a necessidade gregária do ser humano, a competência social se apresenta como requisito básico para a vivência e convivência em grupo, nos mais distintos âmbitos que envolvem o ser humano, como o familiar, o social e o laboral.

A competência social abrange todas as capacidades pessoais que se situam além dos conhecimentos e capacidades técnicas. Está relacionada aos atributos essenciais para o relacionamento com outras pessoas e às qualidades e virtudes com que é possível despertar e reforçar potenciais alheios, como: conhecimento, talento, experiência, energia e engajamento (REHFELDT, 2003).

Fazem parte dela também características pessoais como “sadia autoconsciência, comunicação eficiente, poder de mobilização e de persuasão, capacidade crítica, senso de responsabilidade, disposição para decisões, vontade de afirmação, e disposição para a aprendizagem” (REHFELDT, 2003, p. 26).

Para Rehfeldt (2003, p. 21) a competência social é a soma da inteligência social com a responsabilidade social. Compreende por inteligência social a “capacidade de entender-se com outras pessoas a partir da consciência de fatos

sociais e do reconhecimento do ambiente ou do clima social”. Dela fazem parte a compreensão e o julgamento adequado dos outros no cotidiano. Deste modo, possibilita a identificação das capacidades alheias, a compreensão de seus valores e sentimentos, bem como dos processos de interação grupal.

Em relação à responsabilidade social, o autor afirma que agrega um componente ético ao comportamento social, que não está relacionado a uma habilidade imanente. Ela reflete uma postura, portanto resulta de uma habilidade e deliberação, e funciona como elemento moral da inteligência social (REHFELDT, 2003).

Assim, para viver em sociedade o ser humano precisa ser competente socialmente, isto é, ser capaz de se relacionar adequadamente com as outras pessoas durante uma interação social. O que se traduz por adotar uma ação condizente com cada situação específica e com as circunstâncias particulares que vivencia.

No trabalho, ser competente socialmente implica ter ou desenvolver determinadas habilidades, como: “saber dizer não; iniciar, desenvolver e terminar contatos sociais; apresentar desejos e exigências, inclusive fazer valer seus direitos; expressar abertamente emoções e sentimentos positivos e negativos” (REHFELDT, 2003, p. 35). Essa última habilidade está relacionada ainda a três aspectos essenciais que as pessoas precisam saber utilizar no trabalho: reivindicação de direito, construção e/ou manutenção de relação de afeto, e pedido de favor.

Além disso, no trabalho há necessidade de regras de convivência, até porque a história nos mostra que já foram muitas as atrocidades cometidas nesse espaço. Como relembram Nascimento e Barbosa (2001), diversos foram os momentos de opressão, dos quais o grau máximo de dominação e submissão de um grupo de pessoas sobre outro foi a escravidão. Portanto nem sempre a sociabilidade no trabalho se estabeleceu por meio de associações harmônicas e consensuais. O trabalho, como aponta Dejours (2002, p. 61), necessita passar por uma atividade deôntica, ou seja, “de construção de normas, regras e valores, sem os quais não há trabalho nas condições sociais e históricas das sociedades industriais modernas”.

O ser humano precisa reaprender a viver com o outro, agindo de modo ético, respeitando as diferenças, valorizando as qualidades e buscando

compreender o outro sob a perspectiva dele. Dessa forma, poderá conviver de uma maneira harmônica e igualitária, recebendo o mesmo trato para consigo e garantindo o seu direito de expressão, autonomia e liberdade. Rehfeldt (2003, p. 40) reforça esse pensamento, ao afirmar: “a convivência e o trabalho em conjunto só conseguem ser realizados com dignidade e respeito, se houver um ethos que lhes sirva de norte, e que em última essência é o respeito pelo homem e seu meio ambiente”.

Enfocando-se especificamente a área da saúde, a competência social é necessidade intrínseca, uma vez que o relacionamento interpessoal constitui a base da atuação profissional nesta área. Conforme abordado anteriormente, o trabalho em saúde envolve o contato direto com outras pessoas, sejam elas clientes, familiares ou membros da equipe multiprofissional. Mesmo que os profissionais não desenvolvam suas atividades de forma conjunta, o relacionamento está presente, pois partilham o mesmo espaço físico e convivem cotidianamente.

#### 2.1.4. O AMBIENTE DE TRABALHO EM SAÚDE E SUAS MUDANÇAS NECESSÁRIAS

Compreende-se por **ambiente de trabalho em saúde**: o contexto físico, psicológico, social e relacional dos profissionais de saúde, em que cada um destes seres humanos possui função específica e interage constantemente com outros seres humanos: pessoas da mesma categoria profissional, membros da equipe multiprofissional, clientes ou familiares destes, bem como com outros objetos físicos e/ou sociais. Caracteriza-se pela convivência no espaço comum e no compartilhar de objetivos: recuperação, tratamento, manutenção e restauração dos indivíduos que precisam deste tipo de atenção, promoção da saúde e prevenção de doenças. É também o local em que o ser humano busca realização tanto pessoal como profissional, projeta sua personalidade e individualidade e expressa seus valores, sentimentos, modos de pensar e agir.

No entanto observa-se que as instituições de saúde, de modo geral, estão organizadas sob regras rígidas, o que auxilia o distanciamento dos profissionais das características humanas de seu trabalho e também propicia “a defesa dos interesses

corporativos em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial” (PIRES, 1999, p. 32).

Esse modo de organização, somado ao modelo capitalista de produção, tem tornado o ambiente de trabalho mais agressivo e permeado pelo individualismo em detrimento da solidariedade e da coletividade, bem como pela competitividade, seja ela lícita ou não. Como apontam Marin Leon e Iguti (1999, p. 245) “vale desmerecer o trabalho dos colegas ou exagerar os erros cometidos por outros para destacar seus próprios êxitos, avaliar mal os que estão sob sua supervisão, para se justificar ante os superiores”. Dessa forma, as interações se tornam mais difíceis, frias e distantes, envoltas em desconfiança, uma vez que o clima prevalente é de disputa por espaço e evidência pessoal.

Assim, muitas das relações interpessoais desenvolvidas no ambiente de trabalho em saúde são destrutivas, geram desequilíbrio físico e psíquico e não favorecem a auto-estima e sentimento de valorização nos profissionais. As pessoas têm dificuldade para estabelecer e manter relacionamentos construtivos, solidários, éticos e pautados pela construção conjunta e pelo respeito às capacidades e limites do outro. E o trabalho é apontado como um dos principais causadores de doenças e desgastes, devido à precariedade do ambiente e das relações nele estabelecidas.

Torna-se premente a necessidade de mudança desse contexto, de modo a favorecer a saúde e as interações dos profissionais de saúde. O ambiente de trabalho em saúde precisa ser adequado tanto para o cliente como para a equipe que nele atua. Corrobora-se, assim, o pensamento de Cardoso (1999), ao apontar a necessidade de se promover melhorias nas relações humanas, o fortalecimento da comunicação, a formação de um espírito de equipe e a manutenção de padrões éticos elevados no trabalho.

Souto (2003, p. 45) afirma que, para que haja a aplicação e viabilização de um novo modelo no campo de trabalho, é necessário aprimorar o principal instrumento de aperfeiçoamento que as empresas possuem: a educação de seus empregados. Esta se dá “pelo conhecimento de seus direitos, deveres e obrigações, pela adoção de atitudes, hábitos e ideais comuns”. Destaca ainda a necessidade de se educar o profissional neste conjunto: responsabilidade pessoal e social, conscientização e responsabilidade sobre o que lhe é proporcionado e autolimitação

do egoísmo, do excesso de exigências e reivindicações. No entanto o aspecto fundamental nesse processo educativo é o controle da geração de expectativas individuais crescentes.

Outros autores propõem a criação ou uso de algumas estratégias que promovam mudanças organizacionais e permitam a expressão da subjetividade e individualidade dos trabalhadores, possibilitando aumento na satisfação, a realização de trabalho significativo e em que os valores humanos estejam presentes.

Neves (2002) transpõe a visão de Watson para o contexto do trabalho e propõe a criação de ambiente de cuidado que tenha uma “*alma*”, ou seja, um ambiente em que os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os profissionais. De acordo com a autora, é preciso criar ambiente “afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, ou seja, um ambiente no qual a pessoa experiencie o cuidado humano”, evitando que “a inércia, o desespero, o desamparo e o sofrimento sejam os companheiros de caminhada no mundo do trabalho” (NEVES, 2002, p. 135-136).

Neves (2002), tomando por base as idéias de Collière, sugere ainda que se encontrem formas de cuidado que promovam a vida, estimulem o poder vital e a saúde e transformem o trabalho em prazer. Isso permite que sejam atenuados os constantes tormentos que afligem os profissionais em seu cotidiano, propiciando, portanto, conforto no processo de viver e incentivando-os a buscar o bem-estar e a melhor qualidade de vida possível.

Ferreira (2003, p. 464) propõe a vazão ao imaginário e as representações sociais dos indivíduos, permitindo a reapropriação de significados e a “expressão das dimensões pessoais e subjetivas, individuais e coletivas, mais coerentes com as respostas de que necessitam para nutrir sua identidade”. Sugere assim criação de um plano administrativo que considere as diferentes necessidades dos trabalhadores e dos clientes, proporcionando uma comunicação permanente e favorecendo a atualização e renovação da política institucional.

Hirigoyen (2002, p. 27) afirma a necessidade de os profissionais se unirem e adotarem posturas diferenciadas no ambiente de trabalho, pois considera que “cada um sofre no seu canto sem compartilhar suas dificuldades com um grupo solidário”.

Acrescenta ainda que “os trabalhadores não têm mais o sentimento de pertencer a um coletivo profissional que lhes poderia permitir a busca conjunta do reconhecimento”.

Dentro desta perspectiva, Lunardi Filho e Leopardi (1999, p. 19) contemplam o viver a possibilidade da solidariedade no ambiente de trabalho, o que constitui o “desafio de oferecer e receber ajuda, como valor a ser cultivado, como afirmação da superioridade nas relações, uma vez que, ao olhar outro ser humano, estamos diante de nossa própria fragilidade pela identificação com o outro”.

Desta forma, ao se perceber e valorizar a subjetividade dos indivíduos, é possível ir além das motivações racionais e objetivas que conduzem ao trabalho, ou seja, pode-se compreender seus valores e sentimentos. Tais valores e sentimentos conferem senso de unidade e identidade relacionados aos aspectos verdadeiramente humanos, senso que permite que as pessoas não apenas colaborem umas com as outras, mas também convivam e se relacionem de modo positivo, criando e fortalecendo os vínculos com o trabalho, com o mundo, com as pessoas e principalmente consigo mesmas, bem como se reafirmem enquanto sujeitos em ação (FERREIRA, 2003).

Por meio dessas ações e modificações será possível fortalecer, proporcionar reconhecimento e valorização e, principalmente, permitir o cuidado de si do profissional de saúde no ambiente de trabalho.

## **2.2 CUIDADO DE SI DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

O cuidado de si do profissional é tema que se tem destacado nas atuais discussões na área da saúde. Desponta como condição para o cuidar do outro, pois cada vez mais se afirma a necessidade de o profissional estar primeiramente preparado e estruturado consigo mesmo, para poder prestar adequadamente sua atenção ao outro.

Para tratar desse tema serão tecidas algumas considerações a respeito do profissional de saúde, do cuidado e do cuidado de si propriamente.



### 2.2.1 O SER HUMANO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Para falar do profissional de saúde é necessário considerá-lo como ser humano e como cuidador. Ser humano, pois é a condição imanente de qualquer indivíduo; e cuidador em relação ao seu aspecto profissional.

De acordo com Radünz (1998, p. 6), o ser humano é um indivíduo que tem sua própria história, crenças e valores, que pensa, sente, decide, percebe e interage com outras pessoas e com o ambiente, “que tem capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver, para fortalecer e ser fortalecido”.

Erzinger e Trentini (2003) consideram que o ser humano é composto por dois aspectos: o individual e o coletivo. O individual está relacionado à sua forma de se conduzir livremente, e o coletivo à vivência de uma interdependência de outros seres humanos com os quais compartilha determinado contexto. Ele se relaciona com ele mesmo e com o que o cerca. Para as autoras a característica que o distingue dos outros animais é a capacidade de influenciar, conquistar, construir e transformar.

O ser humano profissional de saúde é considerado um cuidador. Alguém que se disponibiliza e possui formação específica para atuar no cuidado, nos mais diferentes matizes que esse possa ter, a outro ser humano que se encontra debilitado, desestruturado, necessitando de ações de saúde.

Costenaro e Lacerda (2001, p.17) definem o cuidador como “todo aquele que vivencia o ato de cuidar e expressa esta experiência em diferentes momentos e situações; pode realizar-se com diferentes pessoas em ocasiões distintas de suas vidas”.

Cuidador na ótica de Silva e Gimenes (2000, p. 309) “é a pessoa plena que sabe, ao mesmo tempo, escutar os caminhos do coração e decidir, a cada momento, segui-los ou não”. Tem maturidade para se permitir experienciar e sentir os próprios sentimentos e sabe distinguir quais deve transformar em ação e quais ele deve manter para si.

O ser humano, além dessas características, possui um aspecto fundamental que o diferencia dos outros animais: o *self*. Esse constitui o seu mundo interior e se distingue do mundo exterior, é formado por outras pessoas e objetos. “O ‘self’ é o individual conhecido do indivíduo, é aquilo a que nos referimos, quando dizemos

'eu"'. Desse modo, o *self* é o ser humano "tal como ele se mostra, se percebe, se pensa, se gosta, se imagina, se valoriza, se vê, se relaciona; enfim, o 'self' é o que ele é" (RADÜNZ, 1999, p. 194).

Leary e Tangney (2003), ao estudarem as diferentes concepções adotadas pelas ciências sociais e comportamentais sobre o *self*, sintetizam que há três componentes envolvidos: a) as experiências próprias da pessoa; b) as percepções, pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre ele mesmo; e c) seus esforços deliberativos para regular seu próprio comportamento.

Destacam que o *self* afeta a natureza da experiência consciente, porque a pessoa pode pensar sobre a relevância do que vivencia; ressaltam todas as percepções, crenças e sentimentos sobre si mesmos, pois o autoconceito requer a habilidade de auto-reflexão; e permite a regulação do próprio comportamento, uma vez que a auto-regulação requer pensar sobre objetos pessoais e como encontrá-los. Dessa forma, o *self* é uma capacidade mental que permite tomar a si como objeto de sua própria atenção e pensar conscientemente sobre si.

Dunning (2003) refere que o *self* também pode ser interpessoal (*self interpersonal*), o qual é definido pelas relações sociais da pessoa com outras, bem como seu nicho interpessoal em todo o mundo social.

Considera-se que o ser humano profissional de saúde é um ser em constante relação consigo mesmo, com outros seres humanos, com objetos sociais e com o ambiente em que está inserto. É único, indivisível e formado por diferentes dimensões: individual, social, ambiental, familiar, laboral e espiritual. Faz parte da totalidade do mundo, pelo que ocupa uma posição na sociedade, no ambiente, na natureza, no universo. Possui habilidades, capacidades, potencialidades, sentimentos, desejos, sonhos, afetos, interesses, fragilidades, necessidades, pensamentos e modos de agir próprios. Além disso, é ser em construção, uma vez que se modifica continuamente.

Desse modo, enquanto ser humano o profissional de saúde precisa de cuidado, bem como esse, em seus diferentes matizes, constitui seu objetivo no exercício profissional.

### 2.2.2 O CUIDADO

O cuidado faz parte da ontologia humana. Sem ele seriam impossíveis a vivência e existência humana, porquanto, como afirmam Costenaro e Lacerda (2001, p. 29), “ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade”.

Boff (1999, p. 91) retoma a filologia do termo cuidado e apresenta as duas palavras que o originaram: *coera* e *cogitare-cogitus*. A primeira significa cura e “era utilizada em um contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou pelo objeto de estimação”. Já a segunda, modificada para *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, além do sentido de cura expressava as seguintes ações: “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. Salienta que o cuidado somente surge, quando a existência de alguém tem importância para o ser.

O autor considera que o cuidar é mais do que ato, é atitude. Desse modo, refere que vai além de “um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33). Reforçando essa concepção, Lacerda e Costenaro (1999, p. 10) afirmam que o cuidado está além da execução de procedimentos técnicos, “é relação, expressão, envolve empatia, autenticidade, aceitação, um dispor-se, um estar sempre junto com o ser cuidado”.

Waldow (1998, p. 127) considera o cuidado como fenômeno resultante do cuidar, que conceitua como “comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”. Para ela o cuidado é ainda atitude ética e forma de viver na qual os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, relacionam-se de forma a promover o crescimento e o bem-estar mútuos.

Noddings (2003) propõe uma visão feminina do cuidado, no sentido de estar relacionada ao sentimento, emoção e não apenas à razão (ótica masculina). Para

ela o cuidado é uma relação que ocorre entre a cuidadora, pessoa que realiza o cuidado, e o objeto de cuidado, na qual as duas partes contribuem para a relação.

A autora afirma que cuidar requer alguma ação a favor do objeto do cuidado, ou seja, é necessário que haja a manifestação da cuidadora em relação ao objeto de cuidado, ela precisa desenvolver algo que confirme sua intenção. No entanto, essa ação nem sempre é descrita de forma objetiva, de modo que possa ser visualizada por outros. É uma ação de compromisso; portanto nem sempre se traduzirá em atos concretos, mas em atitudes de comprometimento e interesse. Assim, refere que “cuidar é agir não por uma regra determinada, mas por afeto e consideração” (NODDINGS, 2003, p. 40).

O cuidado, na percepção de Leitão e Almeida (2000, p. 81), “é um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que se lhe constitui obstáculo, e assegurar a continuidade da vida”.

Para Mayeroff (1971) o cuidado possui significado abrangente; envolve não apenas as pessoas; ele pode também ser direcionado a uma idéia, ideal ou comunidade. Para o autor o cuidado é processo, maneira de se relacionar que objetiva ajudar o outro a crescer e a se realizar. Requer conhecimento, paciência, coragem, sinceridade, confiança, humildade, esperança e ritmo próprio.

Evidencia-se nas concepções do cuidado a relação com o outro, que se torna o foco central. O outro é tomado como objeto de cuidado, seja ele pessoa, idéia ou objeto. Contudo, muitas vezes, na ânsia de considerar o outro na relação, há uma redução nos aspectos relativos a quem cuida.

Em minha concepção, o cuidado é um momento de relação com o outro, por meio do qual há expressão e exteriorização de cada um. Assim, é o momento em que se pode conhecer e reconhecer o outro em suas potencialidades e fragilidades, e também mostrar-se ao outro enquanto ser em construção. Envolve atitudes de interesse, amor, solidariedade, respeito e atenção. Ocorre de diferentes formas, com intensidades, autenticidades e intencionalidades peculiares a cada interação, e possibilita o crescimento mútuo, a construção conjunta, o descobrir e o revelar-se de si e do outro.

Considero também que o cuidado é uma ação e relação que se realiza consigo mesmo. A própria pessoa é o outro, o objeto de cuidado. Dessa forma, o cuidado de si é um dos componentes do cuidado.

### 2.2.3 O CUIDADO DE SI

Apesar do crescente interesse pelo cuidado de si, duas são as abordagens preferenciais escolhidas pelos autores para tratar o tema. Uma delas compreende o cuidado de si enquanto condição para o cuidar do outro; a outra utiliza a ótica foucaultiana para analisar as questões pertinentes. Nessa segunda abordagem, o cuidado de si é visto em perspectiva ética, em que se utilizam práticas reflexivas e voluntárias de autogoverno, autodireção e autopreocupação. Entretanto, na perspectiva adotada neste estudo, a ênfase está nos aspectos relacionais do cuidado de si. Logo, a busca por literatura constituiu obstáculo.

Ao abordar o cuidado de si, pretende-se ressaltar que esse é antes de tudo construção e relação; relação do sujeito consigo mesmo e relação entre este e os outros seres humanos. O cuidado de si se dá na troca, no intercâmbio dos seres humanos. Esta é sua característica fundamental, uma vez que ninguém existe sozinho, precisamos da coletividade e do viver em conjunto para sobreviver.

O cuidado de si na perspectiva relacional envolve duas instâncias distintas e complementares: a eu-mim e a eu-outro. Segundo Waldow (2004), a primeira delas consiste no cuidado pessoal e poderia ser denominada de sujeito/*self*; a segunda representa o cuidado social e seria a relação sujeito-outro.

O cuidado de si na perspectiva eu-mim, ou sujeito/*self*, caracteriza-se por ações, atitudes, maneiras de pensar e ser do indivíduo para com ele mesmo, é a relação intrapessoal. De acordo com Waldow (2004), este cuidado inclui o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações.

Ao tratar do cuidado de si nessa dimensão, muitas vezes se pensa em prática de exercícios físicos, dieta adequada, enfim cuidados com o corpo, ou então se pensa no uso de terapias ou técnicas “alternativas” como meditação, reiki, florais, entre outros. No entanto, para cuidar de si é necessário conhecer- se e amar, para então saber qual é a melhor forma para realizar este cuidado. Pode ser que o cuidado de si se expresse no uso dessas práticas citadas, mas pode ser também o

estar com a família, ouvir uma música de que se goste, ficar por alguns instantes sozinho, saber dizer não, quando preciso, posicionar-se de acordo com seus valores.

Mayeroff (1971) já apontava a possibilidade do cuidado de si, ao afirmar que o indivíduo poderia cuidar de si mesmo, atendendo às próprias necessidades de crescer. Em suas palavras, “transformo-me em meu próprio guardião, por assim dizer, e assumo a responsabilidade pela minha vida” (MAYEROFF, 1971, p. 62). Desse modo, refere que praticamente todas as características do cuidado realizado ao outro se aplicam ao cuidado de si: a dedicação, a confiança, a paciência, a humildade, a sinceridade e a prioridade do processo. Afirma que, para cuidar de si, a pessoa deve ser capaz de sentir-se como o outro, ou seja, ver-se interiormente do mesmo modo como aparenta ser do exterior, e também deve sentir-se unida a si mesma e não afastada e alienada.

Além disso, aponta que só é possível compreender o crescimento do outro, se o indivíduo compreende o que significa para si crescer e procura satisfazer suas próprias necessidades. Assim, considera que a relação com o outro ocorre do mesmo modo como a pessoa se relaciona consigo mesmo (MAYEROFF, 1971).

Corroborando a idéia de Boff (2001) acerca do cuidado, considera-se que o cuidado de si é atitude e escolha que abrange amar, respeitar, conhecer e valorizar a si e ao outro. É o mais alto grau de respeito, amor, autonomia, responsabilidade e dignidade que a pessoa pode ter para consigo. Significa voltar-se para si, conhecer-se e descobrir-se, encontrar em si mesmo as crenças e valores essenciais, adotar atitudes condizentes com seus modos de pensar e agir, considerando suas possibilidades e limitações; é ser e expressar-se do modo como se é. Portanto, para cada ser humano, o cuidado de si adotará conformação diferente.

Este cuidado, assim como o cuidado humano (WALDOW, 1998), não pode ser prescrito, ele é sentido, vivido, experienciado. Dessa forma, cada ser humano precisa descobrir as suas formas e estratégias de cuidado de si, uma vez que “é a pessoa que atribui significados e valores, a partir dos quais desempenha o autocuidado, ou seja, a pessoa assume seu próprio poder no cuidado de si e busca alternativas para manter-se saudável” (NEVES, 2002, p. 134).

Cuidando de si mesmo é possível conhecer-se melhor e buscar a realização de ações que condigam com seus ideais, crenças e sentimentos, tornando-se consciente de suas responsabilidades consigo mesmo e com os outros. De acordo com Leitão e Almeida (2000, p. 84), a escolha de uma vida satisfatória que permita à pessoa sentir-se em harmonia consigo e com o mundo “requer coragem, decisão e quase sempre implica luta consigo mesmo e em reconhecer que cada pessoa é responsável por uma atitude de felicidade”. A vida, o bem-estar e o seu próprio cuidado são responsabilidades de cada pessoa.

O cuidado de si na dimensão eu-outro, ou sujeito-outro, é caracterizado pelo relacionamento e vivência em conjunto, pela interação e integração entre os seres humanos, é a relação interpessoal. Refere-se à intersubjetividade, ou seja, à relação entre os sujeitos, entre pessoas que possuem características próprias e distintivas uma das outras, mas que, ao mesmo tempo, têm aspectos comuns e convergentes.

Ortega (1999) contempla a intersubjetividade como forma de expressão e representação coletiva dos sujeitos. Considera que o ser humano compartilha o mundo com o outro e que essa experiência não nasce do sujeito isolado, mas da relação estabelecida entre os seres humanos. Assim, compreende-se a existência de uma rede de relações, conexões estabelecidas e mantidas entre as pessoas, na qual cada um funciona como elo, fortalecendo e permitindo a existência do outro.

Para Radünz (2001, p. 106) o cuidar de si “pressupõe o exercício da afetividade, uma necessidade do ser humano de trocar e relacionar-se com os outros de forma amistosa, cordial e agradável, para expressão de seus sentimentos”. Desse modo, considera que para cuidar de si mesmo é necessário relacionar-se com o outro em interação de interdependência.

Essa necessidade de interagir e estabelecer relações construtivas também é apontada por Boff (2001, p. 16), ao abordar a compaixão. Segundo o autor, essa está articulada a dois movimentos distintos, porém complementares: o desapego total e o cuidado essencial com o mundo. Afirma que, por meio do primeiro, o ser humano consegue desvencilhar-se do desejo de posse e acumulação; pelo cuidado se une de modo afetivo ao mundo, assumindo responsabilidade por ele. Dessa forma, “os seres da natureza não são vistos como concorrentes na luta pela vida,

mas sim como *partners*, parceiros, com os quais é preciso compartilhar o espaço vital”.

Considerando que cada indivíduo se encontra em uma rede complexa de relações sociais, o cuidado de si nessa dimensão se expressa principalmente através das interações humanas, que devem ser pautadas no interesse genuíno, na reciprocidade de valores humanísticos (como o respeito, amor e solidariedade), na presença autêntica, na vivência em conjunto, no querer estar com o outro desta forma.

Nesta abordagem há a consideração e permissão da expressão de si e do outro tal como são, bem como ensinam e fortalecem o crescimento em conjunto. Ao se relacionar com o outro e conhecer suas limitações e possibilidades, a pessoa reforça os próprios valores, compreende o outro e a si e constrói a identidade individual e coletiva. Além disso, os modos de agir em relação a si e interpessoalmente, a convivência e o estar junto estão incluídos nessa perspectiva.

Costenaro e Lacerda (2001) mencionam que as relações de cuidado podem ocorrer em vários cenários: na vivência diária, na família, no trabalho e no convívio social em geral. Por isso o cuidar é singular e depende da maneira de ser de cada pessoa incorporada a um comportamento co-participante de progressão individual e/ou coletiva somado às dimensões morais e éticas. Dessa forma, as autoras apontam que, no cuidado com o colega nas relações de trabalho, está implícito respeito, lealdade, cumplicidade, sensibilidade, envolvimento, gentileza, solicitude, zelo, comprometimento, ternura, reconhecimento, interesse na existência do outro, harmonia, amizade, altruísmo. Portanto deve ser um cuidado maduro e experiente, em que as relações devem buscar a solidariedade, atitude amorosa e humana, servindo de modelo para o cuidado.

Para Waldow (2004), quando as relações de cuidado são estabelecidas, é possível a formação de ambientes de cuidado. Para a autora, nesses ambientes as pessoas se sentem bem, reconhecidas e aceitas como são; expressam-se de modo autêntico e se preocupam umas com as outras. Essas ações ocorrem por meio de trocas de informações e idéias, oferta de apoio e ajuda e pela responsabilização e comprometimento do grupo em manter esse clima de cuidado. De acordo com a autora este cuidado “transforma ambientes, harmoniza relações, sensibiliza o



humano de cada um e energiza nosso potencial para ajudar os outros a encontrarem os seus potenciais para lidar com as adversidades” (WALDOW, 2004, p. 38).

A autora concebe ainda que os profissionais, ao desenvolverem e desempenharem este tipo de cuidado no ambiente de trabalho influenciam, de maneira positiva a instituição em que trabalham, pois se cria uma filosofia de cuidado que interfere no modo como as pessoas se tratam e cuidam uma das outras. Assim, se os profissionais, principalmente aqueles que ocupam posições administrativas, valorizam o cuidado e demonstram comportamentos compatíveis, eles “podem nutrir e encorajar atributos de cuidar no trabalho, que se tornam uma meta comum para a equipe e toda a organização” (WALDOW, 2004, p. 151).

Coadunando essas acepções, Erdmann (1996) afirma que um sistema de cuidados é configurado por interações de estruturas, propriedades e processos de cuidado auto-organizáveis e com diferentes dimensões. Estas relações compreendem desde o cuidar de si, o cuidar de si junto com o outro, o processar do cuidado pelo sistema pessoal do próprio corpo, o ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado, até a dimensão e cuidado com a natureza e a integração com os demais sistemas sociais. Esses movimentos fortalecem o sentimento de pertença e aproximam os seres humanos na busca de melhor sobrevivência humana.

Silva e Erdmann (2002, p. 73) também citam a importância da criação de ambientes de cuidado, que consideram como “o espaço social e físico das interações e interdependências dos seres humanos junto aos demais seres da natureza, o que propicia o viver em harmonia, possibilitado pelas relações de cuidado nas suas múltiplas dimensões”.

Ao focar o ambiente institucional de saúde, as autoras mencionam que esse difere do ambiente familiar e que na sua vivência os limites e liberdades de cada indivíduo que compartilham desse espaço devem ser respeitados. Dessa forma, consideram que o agir compartilhado das pessoas que estão no ambiente faz com que ele seja acolhedor, positivo e promotor do cuidado.

As autoras referem ainda que a qualidade do ambiente de cuidado depende das suas condições ou fatores internos e externos e das pessoas envolvidas. Nos aspectos individuais estão incluídos os conhecimentos, sentimentos, atitudes e conscientização das pessoas quanto à importância das relações com os demais

seres humanos e com o ambiente, “o que inclui as relações, interações e associações das pessoas envolvidas no cuidado em um ambiente em sintonia mais plena e positiva” (SILVA e ERDMANN, 2002, p. 76).

Santin (1997) propõe a possibilidade da existência da comunidade emocional. A palavra comunidade é utilizada para designar a sociedade humana, compreendida pelos diferentes grupamentos humanos; e emocional corresponde à idéia de sociabilidade. Por meio dessa comunidade emocional, o autor acredita que é possível que os seres humanos se reencontrem em grupos, unidos por princípios comuns, pela vontade de estar junto, de modo que a sensibilidade e a intuição estejam presentes nas relações sociais e que as trocas estabelecidas sejam expressivas e envolvam os sentimentos.

Segundo o autor haveria uma integração dos envolvidos e a manutenção das diferentes manifestações do imaginário coletivo. Além disso, considera necessário que o ser humano retome seus valores e características intrínsecos e valorize suas dimensões subjetivas e intersubjetivas, cultivando a sensibilidade e o viver em conjunto, expressando seus sentimentos e emoções. O que se traduz no cuidado de si na perspectiva relacional.

No entanto a escolha pelo cuidado de si não é tão simples para os profissionais de saúde, que foram ensinados a doar-se ao outro, que muitas vezes não consideram o cuidado como algo necessário a si e que freqüentemente não priorizam suas necessidades. Existe ainda, de acordo com Hay (2001), uma tendência em achar que o amor a si mesmo é vaidade, egoísmo e arrogância. Para o autor, essa é a razão pela qual o amor não é despertado e estimulado nos indivíduos desde a infância. Pelo contrário, as pessoas são orientadas para atender o desejo, expectativas e exigências alheias. Busca-se responder às solicitações externas como forma de ser amado pelos outros.

Mayeroff (1971, p. 63) destaca que o cuidado de si não tem nada de egocêntrico, pois o egocentrismo “é uma preocupação mórbida consigo mesmo e uma opacidade às necessidades dos outros”. A auto-idolatria e a preocupação com a admiração dos outros, características do egocentrismo, não estão presentes no cuidado de si, no processo de se ajudar a crescer.

Para ele “a pessoa egocêntrica não está fundamentalmente interessada em si mesma; ela evita encarar-se francamente, porque é por essência indiferente às suas próprias necessidades de se realizar”. Além disso, “a autocomplacência que, muitas vezes, acompanha o egocentrismo é o oposto da satisfação das próprias necessidades de crescer” (MAYEROFF, 1971, p. 63). Dessa forma, o cuidado de si não está nem deve ser relacionado a sentimentos e atitudes perniciosas; pelo contrário, ele é o grau mais elevado de respeito, comprometimento, amor e interesse por si e pelo outro.

Percebe-se por meio dessas reflexões que o cuidado de si faz parte da vida humana, pertence ao cotidiano e se expressa na forma como os seres humanos se relacionam consigo mesmos e uns com os outros em suas interações diárias. Traz à tona a capacidade de se relacionar e de apreciar a vivência em conjunto. O cuidado de si, portanto, é indispensável para qualquer ser humano e está intimamente imbricado nas concepções de conviver e relacionar-se, bem como às ações e interações humanas no âmbito pessoal e coletivo.

## **2.3 INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

O Interacionismo Simbólico é uma teoria ou perspectiva teórica, como consideram alguns autores (BLUMER, 1969; CHARON, 1989), cuja origem advém da sociologia e da psicologia social. Porém, diferentemente destas disciplinas, o seu foco não está voltado para personalidade do indivíduo ou para suas estruturas sociais, mas para a compreensão dos significados que o indivíduo atribui às ações e interações individuais e sociais que estabelece.

A fundamentação desta perspectiva teórica decorre dos trabalhos de George Herbert Mead, professor da Universidade de Chicago, datados entre 1893 e 1931. Entretanto Mead não deixou nenhuma obra completa publicada, sendo todos os seus livros póstumos, dos quais o de maior relevância é o intitulado *Mind, Self and Society* (HAGUETTE, 1992).

A Herbert Blumer, seguidor de Mead, coube a sistematização e ordenação dos pressupostos básicos do Interacionismo Simbólico, orientados sempre à luz dos

ensinamentos e pensamentos de seu mestre, bem como a criação do termo Interacionismo Simbólico. A obra que trouxe uma perspectiva mais unificadora de sua visão sobre o tema foi *Symbolic Interactionism: perspective and method*, publicada em 1969.

O foco do Interacionismo Simbólico são os processos sociais de interação-ação ocorridos em uma relação entre o indivíduo consigo mesmo e entre este e os outros indivíduos. Essa interação é baseada no caráter simbólico da ação social. Assim, nas relações sociais a ação realizada pelo indivíduo não provém de regras fixas de ação, mas das definições estabelecidas e propostas de forma conjunta e recíproca (JOAS, 1999). As relações sociais são consideradas abertas e subordinadas ao reconhecimento contínuo por parte dos indivíduos na sociedade, e não como preestabelecidas e determinadas socialmente.

Segundo Turato (2003), essa abordagem teórica elege para estudo os detalhes concretos do que acontece entre os indivíduos nas situações da vida cotidiana. Diferentemente dos estudos sociológicos que têm como objeto as dimensões macro como os sistemas sociais.

O Interacionismo Simbólico possui como fundamento três premissas, elaboradas por Blumer (1969), ao discutir e apresentar os aspectos principais da interação simbólica, tomando por base os pensamentos de Mead.

A primeira premissa é a de que a ação humana é dirigida, direcionada com base nos significados que as coisas têm para o indivíduo. Tais coisas incluem tudo o que o ser humano pode perceber, como: os objetos do mundo físico, seres humanos, instituições, ideais de orientação, como a independência individual ou honestidade, atividades de terceiros, como ordens ou solicitações, e situações da vida diária. A ação humana não é produzida ou predeterminada por fatores, mas pelos significados atribuídos às coisas.

A segunda premissa é a de que o significado das coisas é derivado ou provém da interação social que o indivíduo estabelece com outros indivíduos. As coisas ou objetos não possuem significado per si nem resultam de elementos psicológicos (sensações, sentimentos, etc.) que a pessoa produz frente a determinado objeto. Os objetos não emanam significados intrínsecos nem esses partem de elementos psicológicos da pessoa. Os significados advêm da interação,

do modo como os outros agem em relação a ele, o que leva à sua definição pelos envolvidos.

A terceira premissa é a de que os significados são modificados por meio de processo interpretativo utilizado pela pessoa, ao se relacionar com os objetos com que se depara. O significado é formado no contexto da interação social e deriva da pessoa que participa dessa interação. Assim, a ação humana não é apenas a incitação e aplicação dos significados já estabelecidos, mas fruto de processo interpretativo. Tal processo ocorre em duas fases distintas. Na primeira o indivíduo aponta para si mesmo as coisas em relação às quais está agindo, ou seja, as coisas a que atribui significado. É processo social interiorizado em que o ator interage com ele mesmo. Corresponde à fase da incorporação, em que o indivíduo se comunica e conversa com seu interior. Na segunda fase, a interpretação se configura como forma de manipular os significados, ou seja, o indivíduo seleciona, assinala, suspende, reagrupa e transforma os significados, a partir da situação em que se encontra e na direção de sua ação. Esta interpretação não é concebida como aplicação sistemática de significados, mas como processo formativo, em que os significados são usados e revisados como instrumentos, para direcionar e formar a ação (BLUMER, 1969).

Blumer (1969) apresenta ainda os aspectos mais importantes da interação simbólica, sobretudo a natureza da sociedade humana, dos objetos, da interação social e da ação humana.

Ao abordar a **natureza da sociedade humana**, afirma que sua característica fundamental é que os grupos humanos existem na ação. A ação humana consiste em múltiplas atividades que os indivíduos desenvolvem na sua vida, ao encontrar um ao outro e ao lidar com as situações que os confrontam. Dessa forma, enfatiza que em qualquer instância a sociedade humana consiste em pessoas que desenvolvem relações em termos de ação.

Quanto à **natureza dos objetos**, cita que o mundo dos seres humanos é composto por objetos e estes são produtos da interação simbólica. Um objeto é qualquer coisa que pode ser indicada, apontada ou referida. Assim, um objeto pode pertencer ao plano físico, social ou abstrato. A natureza de um objeto consiste no

significado que ele possui para a pessoa, o qual emerge do modo como é definido pelo indivíduo e por outros com os quais interage.

Os significados dos objetos são formados, aprendidos e transmitidos por meio de um processo de indicação social. Desse modo, em um grupo de pessoas ou sociedade emergem objetos comuns, ou seja, os membros indicam e compreendem do mesmo modo determinados objetos, compartilhando seu significado. Dependendo da forma como a interação simbólica é estabelecida, esses significados podem ser sustentados, abandonados ou transformados. A vida e as ações humanas se modificam de acordo com as mudanças que ocorrem no mundo dos objetos; conseqüentemente, para compreender a ação humana é necessário identificar o mundo de objetos do indivíduo (BLUMER, 1969).

Blumer (1969), ao tratar da **natureza da ação humana**, refere que a capacidade do ser humano de fazer indicações para si mesmo é o que distingue a sua ação como humana. Isto significa que o indivíduo, ao confrontar o mundo que o rodeia, deve interpretá-lo, a fim de agir, ao invés de responder a um meio ambiente devido a sua organização.

Enfatiza que se deve reconhecer que a atividade do ser humano consiste no encontro de uma seqüência de situações no qual ele deve agir. O indivíduo enfrenta essas situações, averigua o significado das ações dos outros e delinea sua própria linha de ação a partir dessa interpretação. A ação do ser humano, portanto, consiste em considerar as diversas coisas que percebe e construir uma linha de conduta com base no que mapeia. Essa visão da ação humana também se aplica ao conjunto de ações em que vários indivíduos estão envolvidos, ou seja, para a ação coletiva.

Ao considerar a **natureza da interação social**, Blumer (1969) aponta que a sociedade consiste em indivíduos interagindo uns com os outros e que as ações ocorrem predominantemente em resposta ou em relação ao outro. Condena a visão típica da sociologia e da psicologia de que a interação social é apenas um meio pelo qual os determinantes do comportamento se utilizam para conduzi-lo. Dessa forma, afirma que a interação social é uma interação de atores e não de fatores nele colocados; portanto é processo que forma a conduta humana, ao invés de ser apenas um lugar para sua expressão.

De acordo com Charon (1989), o Interacionismo possui quatro idéias centrais sobre o ser humano. A primeira delas é a de que ele é ativo e não participante passivo do mundo, organismo determinado. Os indivíduos interagem entre si e desta interação se forma a sociedade. Ao interagir, as pessoas estão constantemente passando por mudanças; desse modo a sociedade também é modificada por meio da interação. Esta interação implica seres humanos agindo em relação a outros, considerando-os, agindo, percebendo, interpretando e agindo novamente. Portanto o ser humano não pode ser considerado como ator meramente reagindo em relação aos outros, mas como um ser dinâmico e ativo.

A segunda idéia é a que o ser humano age no presente, influenciado mais pelo que está acontecendo agora do que pelo que aconteceu no passado. No entanto o passado entra em ação na medida em que é evocado no presente e aplicado em situações atuais. A interação acontece no agora e está relacionada à ação.

A terceira idéia destaca que interação ocorre entre os indivíduos e também no interior de cada um. Desse modo, os seres humanos agem de acordo com as definições que atribuem ao mundo e às situações em que se encontram. Tais definições podem ser influenciadas por outros durante a interação.

A última idéia considera que os seres humanos são imprevisíveis, ativos e livres, em qualquer âmbito que desejarem. É o indivíduo que define o mundo em que age, o que envolve escolhas conscientes, autodireção, realizada de acordo com a avaliação que faz de sua própria ação e da ação dos outros, e redirecionamento de si próprio.

Em síntese, para Charon (1989) os seres humanos são fortemente influenciados pelas suas perspectivas sempre dinâmicas e que funcionam como guias para sua ação, e não como determinações. Ao serem influenciados principalmente pelo momento presente os seres humanos agem e reagem em relação ao mundo ao seu redor e, sobretudo, definem-no e interpretam-no. Logo, suas perspectivas são apreendidas, alteradas, transformadas e substituídas, de acordo com cada interação que estabelecem.

Cada indivíduo possui perspectivas próprias e diversificadas, diretamente associadas a um grupo de referência ou sociedade. A sociedade consiste em

indivíduos em interação, comunicando-se e desenvolvendo uma perspectiva partilhada. Portanto o indivíduo não é pensado como produto da sociedade, mas como ator ativamente envolvido em seu desenvolvimento.

Mead, citado por Blumer (1969), corrobora e complementa alguns aspectos do ser humano e suas ações. Para ele a pessoa possui um *self* que permite a interação consigo mesma, ou seja, a pessoa volta-se e responde para si mesmo, fazendo indicações. Desse modo, para direcionar e determinar a ação que conduzirá a pessoa faz indicações para si, identifica um objeto e analisa a sua importância para a linha de ação que pretende adotar. Considera que o ser humano é um organismo que se relaciona com as coisas que percebe. Logo, não é organismo socialmente determinado e respondente às situações, mas alguém que se envolve em auto-interação, um organismo ativo que precisa moldar sua linha de ação com base no que interpreta. Por essas razões, o autor é contrário às escolas sociológicas e psicológicas que consideram o comportamento humano como produto de fatores que agem na sua organização ou como expressão de partes interligadas de sua organização.

Mead revela também a importância do gesto e da resposta ao seu significado na interação humana. Para ele o gesto é parte ou aspecto de uma ação em andamento que dá significado a ação maior da qual faz parte. Traz a idéia de intenção e plano de ação da pessoa que o apresenta. Assim, a pessoa que responde organiza sua resposta com base no que os gestos significam para ela; a pessoa que apresenta o gesto os mostra como indicações ou símbolos do que planeja fazer, bem como do que quer que o respondente faça ou entenda. Conseqüentemente, o gesto tem significado para quem é dirigido, para quem o faz e para o conjunto de ações que surgem da articulação de ambos os atos. Se há confusão ou má compreensão durante algumas dessas três linhas de significados, a comunicação é ineficiente, a interação impedida e a formação do conjunto de ações bloqueada (BLUMER, 1969).

O Interacionismo Simbólico utiliza os seguintes conceitos como alicerces para a teoria: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana, interação social e sociedade.



**Símbolo** é o conceito central da teoria, pois sem ele não é possível a interação humana. Símbolos são classes de objetos sociais utilizados para representar alguma coisa. Objetos físicos, ações humanas e palavras podem ser considerados símbolos.

Para Blumer (1969) os significados são produtos sociais, como criações formadas dentro e através das atividades definidas pelas pessoas ao interagirem. Desse modo, o símbolo é usado pelo indivíduo para pensar, comunicar, representar; sendo simbólico somente quando possui significado e intencionalidade.

Charon (1989) afirma que os símbolos são desenvolvidos socialmente por meio da interação. No entanto eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas arbitrariamente estabelecidos e modificados durante a interação dos indivíduos. Portanto a interação humana pode ser mediada pelo uso de símbolos, pela sua interpretação e pela determinação do significado das ações dos outros, ou seja, a ação humana é constituída com base nos significados que os indivíduos atribuem aos objetos.

Para ser capaz de interagir o ser humano deve possuir um **self**. Segundo Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 222-223), o *self* “é um objeto de origem social: um objeto, porque é algo com relação a que o ator age, se engajando num processo de auto-interação e de fazer indicações para si mesmo; e de origem social, porque é definido no processo de interação com os outros”. Ele representa um organismo que não somente responde aos outros como a si mesmo, o que significa que o ser humano pode ser um objeto de suas próprias ações.

O *self* enquanto processo social e analítico é formado por dois momentos: o *eu* e o *mim*. O *eu* representa a tendência impulsiva do indivíduo, é o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. Representa as tendências não direcionadas do indivíduo, suas reações são incertas; enfim, é o aspecto que dá propulsão ao ato, que provoca o *mim*. O *mim* é o conjunto organizado de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo que, ao serem adotadas pelo indivíduo, determinam sua conduta. Representa o outro incorporado ao indivíduo. É o que dá forma ao *eu* e direção ao ato (HAGUETTE, 19992; BLUMER, 1969).

Haguette (1992, p. 30) afirma que a formação do self é dinâmica. “Tem início na infância, através da interação com os pais; evolui e modifica-se, à medida que se vivenciam novas experiências, de acordo com as mudanças de padrões e de interação, vivenciadas não só com os outros, mas também consigo mesmo”.

Blumer (1969) relata que Mead compreende o *self* como processo e não como estrutura, pois o considera de modo reflexivo, permitindo que as pessoas atribuam significado às suas ações. O *self* tem como uma de suas funções centrais a interação simbólica, visto que o ser humano, como agente social, pode comunicar-se consigo mesmo e com as outras pessoas. Como o indivíduo possui um *self*, é capaz de ter vida mental e por possuir mente ele é capaz de dirigir e controlar impulsos e estímulos, reagindo a eles ativamente.

A **mente**, segundo Mead (apud HAGUETTE, 1992; CHARON, 1989), é um processo que se manifesta sempre que o ser humano interage consigo mesmo, utilizando símbolos significantes. Representa uma interação dos conceitos de símbolos e de *self*, pois na ação simbólica a mente é que comunica ao *self* os significados.

Neste sentido Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 223) referem que é por meio da mente que a pessoa irá definir para si os objetos com que interage e desenvolver determinada linha ação. Devido à atividade da mente, a ação será uma resposta, não aos objetos, mas à sua interpretação pelo indivíduo. A mente “é social, tanto em origem quanto em função, pois surge do processo de interação com os outros e é necessária para entender os outros e para determinar linhas de ação em relação aos objetos e situações”.

**Assumir o papel do outro** é outro conceito fundamental da teoria. Para Mead o ser humano é um objeto para ele mesmo, ele age em direção e guia a si ao interagir com outros, de acordo com o tipo de objeto que se considera. No entanto, para tornar-se um objeto para si mesmo, o indivíduo precisa ver-se do lado de fora, perceber-se externamente. Para isso precisa colocar-se na posição dos outros e ver a si ou agir para si a partir dessa posição. Dessa forma, para que haja a construção de si como objeto é necessário assumir o papel do outro, ou seja, ver a si mesmo, através do modo pelo qual os outros o vêem ou definem (BLUMER, 1969).

No entanto assumir o papel do outro é também um processo experienciado pelo indivíduo para perceber o outro. Nesta perspectiva o ser humano “assume o papel do outro com base nas perspectivas inferidas da ação do outro, como os outros agem, imaginando-se simbolicamente em seu lugar e compartilhando de seu significado” (LACERDA, 2000, p. 36).

Para Haguette (1992, p. 36-37) “a mútua assunção de papéis é uma condição *sine qua non* da comunicação e da interação efetiva de símbolos. Quando uma pessoa faz indicações a outras, ela o faz indicando objetos significativos para ela, que fazem parte de seu ‘mundo’”.

Dessa maneira, assumir o papel do outro é um processo dual de indicar para os outros como agir, e de interpretar as indicações feitas pelos outros. As duas partes precisam considerar o papel do outro. A indicação precisa ser feita, a partir do ponto de vista do outro, para que ele possa compreender o propósito e responder de acordo. Por meio desse processo de indicação e interpretação, as pessoas ajustam suas atividades umas às outras e formam sua conduta individual própria (BLUMER, 1969).

Os conceitos até aqui abordados surgem e fazem parte da **interação social**. Ao interagir, os seres humanos se tornam objetos sociais uns para os outros, utilizam símbolos, direcionam o *self*, empregam a ação mental, tomam decisões, definem direções a serem seguidas, compartilham perspectivas, definem a realidade e a situação e assumem o papel do outro. Portanto o entendimento da natureza da interação humana precisa reconhecer a existência de todas essas atividades (CHARON, 1989).

A interação social é construída a partir da ação social. De acordo com Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 224), a interação simbólica “envolve interpretação e definição, que ocorre com as pessoas envolvidas e entre elas, fazendo com que o processo de interação possa ser mudado, dependendo da adaptação que ocorre nas ações dos atores envolvidos”.

Mead concebe a existência de dois tipos ou níveis de interação social: a não-simbólica e a simbólica. Age-se de modo não-simbólico, ao se responder imediatamente ou de modo irreflexivo ao outro, com movimentos corporais, expressões, tons de voz, no momento da interação. Contudo, se há busca de

entendimento e compreensão do significado da ação de cada um, age-se de modo simbólico (BLUMER, 1969).

À medida que as pessoas interpretam, definem e agem diante de uma situação ou objeto, elas mantêm, modificam ou adaptam suas condutas e comportamentos. Assim, a **ação humana**, o que cada indivíduo faz, depende em parte do que os outros indivíduos fazem na situação. A linha de ação do indivíduo precisa de algum modo encaixar-se nas ações do outro, pois essas são consideradas no momento da interação. A ação não é determinada pelo outro, mas é a interação que se estabelece com ele que gera a ação de cada indivíduo em particular.

Logo, ação e interação humanas são processos contínuos de construção, desconstrução e reconstrução que os seres humanos utilizam para definir para si mesmo e para os outros as suas condutas e atitudes em face de determinada situação, para estabelecer diretrizes a serem seguidas, para interpretar e perceber a si e ao outro mutuamente.

Sob a ótica do Interacionismo Simbólico, a **sociedade** é processo dinâmico entre o ser humano e o grupo social. É também a interação simbólica que abrange a comunicação e a interpretação pelos indivíduos.

Haguette (1992) afirma que a concepção de sociedade adotada na teoria é a de um processo existente em termos de ação, o qual forma as estruturas e organizações sociais. Além disso, considera-se que os indivíduos e a sociedade estão estreitamente relacionados e que existe um aspecto subjetivo do comportamento humano necessário para a formação e manutenção dinâmica do *self* e do grupo social. Os indivíduos agem e ao agirem cooperativamente constroem uma sociedade. A autora também menciona que para Mead a sociedade se origina no consenso, nos significados compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns.

Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 224) referem ainda que “através do tempo a interação cria a cultura. Cada sociedade tem uma cultura; ela ajuda a criar continuidade ao longo do tempo e é tomada pelos atores como guias para a ação”. Portanto a vida humana em grupo consiste e existe nos ajustes recíprocos das ações de seus membros. Tal articulação de linhas de ação ergue e constitui o que

Blumer (1969) denominou de ação coletiva ou conjunta – uma organização societal formada por diferentes condutas e participantes.

A ação coletiva é o resultado de um processo de interação interpretativo, que se configura pelos participantes, fazendo indicações uns para os outros e não simplesmente cada um para si. Logo, constitui-se de ações realizadas por vários componentes que entram em sua formação, mas que é diferente de qualquer um desses e da sua mera agregação. Sua característica distintiva recai na articulação ou ligação entre os elementos, e não na fragmentação das ações que as compõe. Esta ação coletiva necessita sempre passar por um processo de formação na qual cada uma de suas instâncias é reconstruída, mesmo que seja uma forma de ação social bem estabelecida e repetitiva. Essa formação ocorre por meio de um processo dual de designação e interpretação (BLUMER, 1969).

O autor citado anteriormente ainda tece três considerações sobre a interligação que constitui a ação coletiva. A primeira refere-se àquelas instâncias da ação coletiva que são repetitivas e estáveis. Grande parte da ação social na sociedade humana, particularmente em sociedades estabelecidas, existe na forma de padrões recorrentes de ação coletiva. Na maioria das situações em que as pessoas agem em relação umas às outras há uma compreensão concreta de como agir e como as outras pessoas vão agir. Os participantes compartilham significados comuns e preestabelecidos do que é esperado em suas ações. Assim, cada participante é capaz de guiar seu próprio comportamento de acordo com tais significados.

A segunda consideração está relacionada à conexão expandida de ações que existem nos grupos de vida humanos. Diversos tipos de participantes ocupam diferentes pontos na rede de relações grupais e se comprometem em ações nesses pontos, com base no uso de determinado conjunto de significados. Dessa maneira, uma rede de trabalho ou instituição não funciona devido a alguma dinâmica interna ou necessidade do sistema, mas porque pessoas, em diferentes pontos, fazem alguma coisa e o que fazem é o resultado de como definem a situação em que são chamadas a agir.

A terceira consideração diz que qualquer instância da ação coletiva, formada há pouco tempo ou estabelecida em longo prazo, precisa necessariamente

repousar em um *background* de ações anteriores dos participantes. Os participantes envolvidos na formação da nova ação coletiva sempre trazem para essa formação o mundo de objetos, o conjunto de significados e os esquemas de interpretação que possuíam. Assim, a nova forma da ação coletiva sempre emerge e está conectada ao seu contexto anterior.

Em face de situações radicalmente diferentes e estressantes, as pessoas podem ser levadas a desenvolver novas formas de ação coletiva que são notadamente diferentes daquelas que haviam estabelecido anteriormente, ainda que em tais casos haja sempre uma conexão e continuidade com o que ocorreu antes.

Desse modo, o comportamento social consiste em indivíduos que ajustam suas linhas de ação uns com os outros. Esse comportamento não perde a característica de ser construído por meio de processo interpretativo, ao encontrar situações em que a coletividade é chamada a agir (BLUMER, 1969).

Independentemente do tipo de coletividade, é necessário construir linhas de ação por meio de interpretações sobre que está ocorrendo em sua área de ação. Além disso, é possível tratar da coletividade que participa da ação coletiva, sem precisar identificar seus membros individuais, como se faz ao falar de uma família, igreja, universidade ou nação.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO

Tendo em vista o enfoque e os referenciais teóricos da pesquisa, optou-se por abordagem qualitativa e pelo desenho descritivo na orientação metodológica deste estudo. A Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) foi utilizada como arcabouço metodológico para a interpretação dos dados.

A escolha da abordagem qualitativa ocorreu pelas suas características, entre outras, de se interessar por fatos cotidianos numa espciotemporalidade concreta relacionada mais ao contexto do descobrimento do que ao da justificação ou aplicação, privilegiando os significados e não a freqüência dos fatos, e reduzindo a distância entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa (TOBAR e YALOUR, 2001).

De acordo com Flick (2004) os elementos essenciais da pesquisa qualitativa são a escolha adequada dos métodos e teorias, a compreensão e análise sob diferentes perspectivas, o aspecto reflexivo do pesquisador, enquanto parte do processo de produção do conhecimento, e a diversidade de abordagens e métodos. A relevância desse tipo de pesquisa para o autor está na pluralização das esferas no estudo das relações sociais.

A pesquisa descritiva, segundo Rudio (2004), visa descobrir e observar fenômenos, buscando sua descrição, classificação e interpretação. Dessa forma, possibilita o conhecimento da natureza, composição e processos que constituem ou se realizam nos fenômenos. Portanto, busca expor as características de determinada população ou fenômeno. Ela pode também estabelecer correlações entre variáveis, mas “não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve” (TOBAR e YALOUR, 2001, p. 69).

A Teoria Fundamentada nos Dados é um método que tem origem e está fundamentado no Interacionismo Simbólico e tem por objeto o estudo da ação humana e dos grupos sociais, por meio da descoberta de categorias relevantes e das relações existentes entre elas. As categorias emergem da compreensão dos sujeitos, ao invés de se basearem em questões preestabelecidas e fechadas.

Portanto o método visa à construção de um modelo teórico ou conceitual (STRAUSS e CORBIN, 1990).

O método exige que o pesquisador utilize a análise comparativa constante como estratégia de coleta e análise dos dados. Assim, ao mesmo tempo em que colhe os dados, ele os analisa e interpreta, buscando direções para seu problema de pesquisa. De acordo com Reiners (1998), a análise comparativa constante auxilia o pesquisador a encontrar respostas às suas questões de pesquisa, tanto aquelas formuladas inicialmente quanto as geradas no decorrer do estudo; facilita-se o processo de produção de categorias relevantes para a construção da teoria ou modelo conceitual e permite a determinação de semelhanças, diferenças, variações e relações entre as categorias.

Esse processo possibilita ainda ao pesquisador decidir o tipo de informação que deve buscar e onde encontrá-la, bem como definir se permanecerá ou modificará sua linha de investigação. Desse modo, evidencia-se a circularidade do método, que permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outra direção a partir dos dados que encontra.

Destaca-se que nesta pesquisa foi utilizado o processo de análise e interpretação dos dados sugeridos pela Teoria Fundamentada nos Dados. Dessa maneira, a teoria não foi aplicada em sua totalidade. Foi apenas a abordagem escolhida para olhar os dados, consistindo, assim, em uma aproximação de seus aspectos principais. Portanto não se pretendeu produzir uma teoria ou modelo teórico, mas utilizar as etapas de codificação e categorização propostas pelo método, bem como a análise comparativa constante no processo de análise e interpretação dos dados.

Análise comparativa constante foi realizada com adaptação à proposta original do método. Ela foi utilizada principalmente durante a observação, em que as impressões da pesquisadora eram freqüentemente confrontadas com a percepção do ambiente pelos sujeitos da pesquisa, auxiliando, assim, o direcionamento das ações da pesquisadora e a coleta de informações. Foi utilizada também durante a análise dos dados, permitindo a integração entre os dados da observação e da entrevista.



A escolha por essa abordagem foi motivada pela sua adequação à proposta da pesquisa, possibilitando uma aproximação com o mundo subjetivo e com a coletividade dos sujeitos envolvidos, bem como pela sua relação com o Interacionismo Simbólico.

### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

Em face da necessidade de obter informações sobre as relações dos profissionais de saúde e o ambiente de trabalho, buscou-se um local em que houvesse a presença de diferentes tipos e níveis de formação profissional, para que os dados tivessem riqueza e diversidade, bem como onde as pessoas mantivessem um relacionamento freqüente. Dessa forma, o local que pareceu apropriado para esse tipo de abordagem foi uma Unidade de Terapia Intensiva.

No entanto, diante de um universo de instituições que oferecem esse tipo de atendimento, o local selecionado para o desenvolvimento deste estudo foi uma unidade pediátrica que tem como especialidade a cardiologia. A seleção do local ocorreu pela proximidade e conhecimento prévio da instituição por parte da pesquisadora.

Porém a escolha não ocorreu devido à especialidade atendida ou a qualquer outro fator que remeta a uma relação com a pediatria ou a cardiologia. Na realidade, buscou-se um local que pertencesse à instituição com o qual a pesquisadora não tivesse proximidade, para que houvesse certo estranhamento e para que os dados não fossem a priori estereotipados ou padronizados. Dessa forma, apesar da especificidade no atendimento que tem essa unidade, esse fator não foi considerado na seleção do local.

Assim, a pesquisa foi desenvolvida em uma UTI Pediátrica de uma instituição hospitalar de saúde de grande porte, situada no município de Curitiba. O estabelecimento é uma instituição filantrópica que atende crianças e adolescentes na referida cidade e de sua região metropolitana. Possui 324 leitos de internação e apresentou no ano de 2000 uma taxa de ocupação de aproximadamente 84%, ou

seja, nesse ano foram realizados 19.782 internamentos, segundo dados da instituição.

O hospital atende a diversas especialidades: dentre as quais cirurgia, cardiologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, genética, ginecologia, hematologia e oncologia, infectologia, nefrologia, neonatologia, pneumologia, reumatologia e terapia intensiva.

### **3.3 SUJEITOS DO ESTUDO**

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde membros da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca escolhida para estudo. Esses profissionais mantinham um contato cotidiano e pertenciam ao turno de trabalho matutino. Desse modo, fizeram parte do estudo: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta e nutricionista.

A amostra obtida no estudo contou com a participação de todos os profissionais da equipe durante a observação, totalizando vinte e nove pessoas; e nove deles nas entrevistas. Para a entrevista foram selecionadas: duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, um técnico em enfermagem, dois médicos plantonistas, uma fisioterapeuta e uma nutricionista. Para a delimitação da amostra da entrevista, procurou-se representantes das diferentes categorias profissionais presentes no ambiente de trabalho, bem como pessoas que se apresentassem como informantes chaves do local. Assim foi definida a quantidade de pessoas e quais delas seriam entrevistadas.

A opção por pesquisar diferentes tipos de formação profissional ocorreu devido aos profissionais estabelecerem interações entre si e com o ambiente de trabalho em seu cotidiano. Apesar das especificidades de cada área, havia o contato com as mesmas situações e condições no trabalho, o que é relevante para o objetivo desta pesquisa, pois o ambiente e o relacionamento interpessoal poderiam facilitar ou dificultar a percepção de si, de seu trabalho e as interações, e, assim, conseqüentemente o cuidado ou descuido de si.

### **3.4 ENTRADA NO CAMPO**

Para a entrada no campo, além da aprovação e consentimento do comitê de ética em pesquisa e da direção de enfermagem da instituição, buscou-se um contato chave no ambiente. Dessa maneira, a entrada no local foi facilitada por um membro da equipe, ao qual a pesquisadora apresentou os propósitos do estudo e verificou a possibilidade de inserção.

Essa pessoa serviu como um informante inicial do local e foi o ponto de aproximação do pesquisador com os sujeitos. Esse contato introduziu a pesquisadora ao grupo, apresentando-a inicialmente à equipe de enfermagem no primeiro dia de observação. Por meio desse gesto, a entrada no campo foi facilitada e propiciou o início da aproximação e interação da pesquisadora com os sujeitos. Na seqüência, a pesquisadora se apresentou aos demais membros da equipe, à medida que as interações ocorriam e havia disponibilidade espaciotemporal para conversar e trocas de informações.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada por meio de duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a observação não-participante. Com relação à entrevista, Marconi e Lakatos (2003, p. 195) a descrevem como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. No entanto, como afirma Neto (2002, p. 57), não é uma conversa “despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam determinada realidade que está sendo focalizada”.

A entrevista semi-estruturada é uma modalidade de entrevista que combina a utilização de roteiro previamente estabelecido de tópicos relacionados ao problema de pesquisa com a flexibilidade e liberdade do entrevistador de perguntar. O pesquisador ao mesmo tempo em que não obedece a um padrão rígido e formal de questionamento, utiliza o roteiro elaborado como apoio.

As entrevistas foram realizadas no próprio local, em sala reservada. Assim, os profissionais tinham familiaridade com o ambiente, e ao mesmo tempo privacidade e liberdade para expressar-se. O período de duração médio das entrevistas foi de uma hora e trinta minutos. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas na íntegra.

Já a observação, de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 190), é uma técnica de coleta de dados para obter informações, em que se utilizam “os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar”. Desse modo, o ato de observar não se reduz apenas ao olhar, mas “fazê-lo em determinadas direções, com uma atitude investigativa”, como apontam Tobar e Yalour (2001, p. 95).

A observação “ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 191). Ela ainda desempenha papel importante no contexto da descoberta e faz com que o pesquisador tenha contato direto com a realidade.

Dencker e Viá (2001) referem que a observação é considerada científica quando: tem objetivo formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada e registrada, está ligada a propósitos mais gerais e é submetida à verificação e ao controle de validade e precisão.

A observação não-participante consiste no contato do pesquisador com determinada comunidade ou grupo, sem, no entanto, integrá-la. O pesquisador permanece fora, “presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado” (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 193). Portanto esse é um procedimento sistemático.

O estilo de interação desenvolvida pela pesquisadora durante a observação foi a interação limitada. Segundo Schatzman e Strauss (1973), nesse tipo de observação o pesquisador se envolve em mínimas interações esclarecedoras. O

observador não se coloca à parte dos participantes, mas suas intervenções buscam principalmente esclarecimento e os significados dos eventos em estudo.

Os dados obtidos durante a observação foram registrados em anotações e diário de campo, realizadas pelo pesquisador durante sua permanência no campo e imediatamente após sua saída do local. Nesses registros foram anotados os horários e interações estabelecidas entre os profissionais, bem como impressões sobre o local, dados numéricos, como quantidade de pessoas presentes e de clientes internados, e ainda algumas considerações sobre conversas informais com os membros da equipe. Por meio desses registros e também pela transcrição das entrevistas gravadas é que os dados foram analisados. Segue um exemplo desses registros.

#### Quadro 1. Exemplo de registro contido no diário de campo

<p>7:54 – Os médicos passam a visita médica e discutem a ventilação de um cliente. A fisioterapeuta e duas enfermeiras estão no grupo.</p> <p>7:55 – Chega a aluna de fisioterapia e vai ao encontro do grupo. Conversa com a fisioterapeuta e essa solicita que inicie os atendimentos aos clientes.</p> <p>7:57 – Chega a nutricionista e vai ao berçário. A cirurgiã fala com a enfermeira sobre o quadro de cirurgias, quem vai ser operado e para onde vai (UTI neonatal ou UTI cardíaca), a capacidade de internação, ou seja, número de leitos disponíveis e como manejarão.</p> <p>7:59 – Chega uma enfermeira de outra unidade e conversa com a enfermeira administrativa.</p> <p>8:01 – As enfermeiras conversam sobre os clientes. A visita médica prossegue, a fisioterapeuta e as enfermeiras a acompanham.</p>
--

Além das descrições no diário de campo foram utilizadas notas teóricas e metodológicas, que serviam de guias e auxiliavam a pesquisadora a conduzir o processo de coleta de dados. As notas teóricas consistiam em apontamentos feitos

pela pesquisadora sobre possíveis relações ou correlações entre os dados, ainda em nível macro. Já as notas metodológicas, formuladas principalmente na forma de perguntas, direcionavam a coleta dos dados; por exemplo, indagando possíveis membros da equipe a serem entrevistados, ou qual estratégia seria mais adequada para obter ou divulgar uma informação no local. Os quadros a seguir trazem exemplos de notas utilizadas na coleta de dados para pesquisa.

#### Quadro 2. Exemplo de nota teórica utilizada

NT: Percebo que, de modo geral, há respeito e cordialidade nas interações. Há clima de descontração, familiaridade, mas parece que está relacionado à personalidade das pessoas.

#### Quadro 3. Exemplo de nota metodológica utilizada

NM: Seleciono a enfermeira folguista para entrevista? Talvez ela traga uma percepção diferente do ambiente, já que ela tem um vínculo diferenciado com as pessoas e com o próprio local.

Para Schatzman e Strauss (1973), as notas teóricas representam esforços pessoais do pesquisador em obter significado de uma ou de várias observações. Ele pensa sobre o que experienciou e faz um apontamento de significado pessoal, que poderá trazer um fruto conceitual. Ele interpreta, infere, faz hipóteses; desenvolve novos conceitos, liga-os a outros anteriores ou relaciona uma observação à outra. Já as notas metodológicas são afirmações que refletem uma ação operacional completada ou planejada: instrução para si mesmo, lembrete, crítica às próprias estratégias.

Tendo em vista a necessidade de estabelecer determinados limites na observação, bem como obter orientação sobre a dimensão, membros e eventos do

local de estudo, adotou-se ainda na observação a estratégia de mapeamento. Desse modo, foram construídos dois mapas: o social e o espacial.

O mapa social continha dados como o número e variedade de pessoas no local, sua organização hierárquica, divisões de trabalho e outros fatores relacionados aos aspectos operacionais. E o mapa espacial apresentava a localização das pessoas, equipamentos, centros de trabalho e controle.

Para Schatzman e Strauss (1973) em pesquisas institucionais os mapas formais estão geralmente disponíveis em tabelas, organogramas da organização, rotinas, plantas físicas. Eles orientam os estágios iniciais da pesquisa e indicam um pouco da realidade que os sujeitos apresentam para si e para o grupo.

A utilização dessas técnicas ocorreu no período de observação, que teve duração de quatro dias alternados ao longo de duas semanas. Optou-se pela observação por períodos, que variaram de duas horas a três horas e trinta. Assim, selecionaram-se os períodos de maior fluxo e quantidade de pessoas presentes no local: trocas de plantão e o intervalo das 9:30 às 11:30hs, horário em que são realizados diversos procedimentos e também do café da manhã.

A escolha por esses períodos se deveu ao fato de que esses momentos em que há mudança ou sucessão de equipe, são períodos críticos, em que as pessoas estão ocupadas em apresentar umas às outras as realidades que ocorreram anteriormente (SCHATZMAN e STRAUSS, 1973).

Durante grande parte da observação, a pesquisadora permaneceu junto a uma mesa ao centro da unidade, local que lhe permitia visualizar toda a unidade e fluxo de pessoas e atividades. Porém ela não se restringiu a esse local, movimentando-se na unidade conforme a necessidade e conveniência.

Pretendeu-se analisar com a observação a estrutura, a organização e as condições do ambiente de trabalho e, principalmente, as relações estabelecidas no local. Dessa forma, não foi dirigida a uma pessoa específica, mas ao contexto de interações como um todo. Já com as entrevistas buscou-se obter a percepção dos indivíduos sobre o cuidado de si, ambiente de trabalho e a relação entre eles.

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, ressalta-se que foram respeitadas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Assim, a participação na

pesquisa foi voluntária, os participantes puderam desistir de fazer parte do estudo em qualquer momento, os objetivos e finalidades da pesquisa foram previamente esclarecidos, o anonimato dos participantes foi assegurado e obtido o consentimento para a divulgação dos resultados. As fitas cassetes com a gravação das entrevistas foram desgravadas após sua transcrição. As transcrições serão mantidas com a pesquisadora por cinco anos e ao término desse período serão destruídas.

A pesquisa também foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da instituição em exame, recebendo o número de protocolo 069482. Ela ainda foi submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPR – instituição de origem da pesquisa.

Em relação ao termo de consentimento (apêndice 2) foram feitas duas vias, ficando uma com os profissionais que foram entrevistados e a outra com a pesquisadora. Destaca-se que o termo de consentimento não foi entregue a todos profissionais durante a observação, pois a necessidade de contatar individualmente cada pessoa que circulava ou freqüentava o local inviabilizaria a observação. No entanto, esses profissionais foram respeitados em seu aspecto ético, uma vez que havia autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa, bem como foram salvaguardadas as informações obtidas durante esse processo e respeitadas as demais diretrizes para pesquisa com seres humanos.

Ainda em relação ao termo de consentimento, é necessário esclarecer o seguinte. O título do estudo constante no documento, é o título inicial da pesquisa, aprovado na banca de qualificação. Portanto, com exceção do número de telefone da pesquisadora, que foi supresso por questão de divulgação de informação pessoal, o documento apresentado em apêndice é idêntico ao entregue aos profissionais.

### **3.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Para a análise dos dados foram utilizados os procedimentos apontados pela Teoria Fundamentada nos Dados, principalmente no que se refere às codificações e categorizações das entrevistas. No entanto, como havia dados observacionais a



serem considerados, a pesquisadora optou por utilizá-los como *background* no processo de análise e na descrição do local de estudo.

Os dados obtidos com as observações inicialmente orientaram a coleta dos dados e propiciaram informações sobre a instituição e o ambiente, como número de pessoas que trabalhavam e circulavam no local; fluxo de pessoas, pacientes e materiais; tipos e níveis de interações estabelecidas. Além disso, eles formaram o arcabouço que permitiu à pesquisadora explorar e intensificar os dados apresentados nas entrevistas.

Afinal, como referem Schatzman e Strauss (1973), de modo prático e técnico, nenhum dado ou observação se torna um dado até que seja colocado em um segundo plano ou contexto, como uma propriedade descoberta ou característica da cena, ou como um detalhe que ajuda a esclarecer ou definir uma classe de eventos. Dessa forma, a análise dos dados contém os dados observacionais (mapas, notas teóricas, descrições) e também as entrevistas.

As entrevistas obtiveram tratamento analítico mais detalhado e estruturaram o foco do estudo. A partir delas, as codificações e conseqüentemente as categorias do estudo foram obtidas. Na descrição, aparentemente os dados das entrevistas sobressaem, já que estão estruturados nos códigos e categorias. No entanto, os dados da observação permeiam todo esse processo, servindo como base para apresentação e comparação entre os dados.

No processo de análise das entrevistas, foram utilizados os procedimentos de codificação aberta e axial descritos por Strauss e Corbin (1990). Na codificação aberta, as informações foram decompostas em fragmentos: palavras, frases, parágrafos, obtendo-se, assim, um conceito ou abstração do dado. Após essa primeira codificação se iniciou o agrupamento em categorias. Na segunda etapa, a codificação axial, os dados foram reagrupados de modo que houvesse conexões entre as categorias.

As entrevistas foram transcritas e colocadas em quadros com três colunas. Na primeira coluna havia as transcrições e nas demais foram acrescentadas as codificações relacionadas ao ambiente de trabalho e ao cuidado de si, como mostra o exemplo a seguir.

Quadro 4. Exemplo de quadro utilizado para as codificações

ENTREVISTA	CODIFICAÇÕES AMBIENTE DE TRABALHO	CODIFICAÇÕES CUIDADO DE SI
<p><b>Eu queria que você me contasse como foi o seu dia de trabalho ontem, as coisas que você fez, com quem você falou, desde a hora em que você entrou até quando saiu.</b></p> <p>É, eu cheguei de manhã peguei plantão até umas 7 e meia, depois eu passei visita médica, até umas 8 e meia, e então eu comecei a organizar a questão das altas, das cirurgias que vão ser feitas. Depois fui fazer os curativos, organizei as crianças, para os procedimentos que precisavam, depois recebi as cirurgias.</p> <p><b>E nesse intervalo você falou com quem? Você lembra?</b></p> <p>Ah. Conversei com o enfermeiro que me passou plantão, com os auxiliares de enfermagem, com os médicos, residentes, o pessoal da copa que veio trazer as mamadeiras, quem mais? O pessoal lá da enfermaria, porque fui fazer procedimento lá fora; então daí conversei com eles.</p>	<p>Local onde transitam e permanecem diferentes profissionais</p>	<p>Participa da visita médica</p> <p>Conversa com diferentes membros da equipe (enfermeiros, médicos, aux. enfermagem, copa)</p>

De posse das codificações referentes a cada eixo temático se iniciou o processo de disposição em subcategorias e categorias, dando prosseguimento aos procedimentos indicados pela Teoria Fundamentada nos Dados. As categorias e subcategorias formadas durante esse processo, bem como as relações entre elas serão abordadas nos capítulos subseqüentes.

## **4 APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO**

Como o local selecionado para o desenvolvimento do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, cuja especialidade atendida é a cardiologia, para que haja melhor compreensão dos dados analisados na seqüência, será apresentada uma descrição geral desse lugar. Nessa explanarão suas características, distribuição espacial e composição da equipe.

### **4.1 O ESPAÇO FÍSICO E SUA OCUPAÇÃO**

A UTI em estudo estava espacialmente dividida em onze locais: pós-operatório, cateterismo, leitos clínicos, isolamento, berçário, posto de enfermagem, sala de administração, conforto médico, copa, ante-sala e banheiro para funcionários.

Havia vinte e dois leitos, dos quais oito se destinavam ao pós-operatório, quatro ao cateterismo, três ao isolamento, três clínicos e quatro ao berçário. Ocupavam os leitos de pós-operatório os clientes submetidos à cirurgia cardíaca e que se encontravam em processo de recuperação. Eles permaneciam nos leitos até sua alta para o berçário ou enfermaria, e alguns deles podiam ainda ser redirecionados para os leitos clínicos.

Nos leitos destinados ao cateterismo se encontravam os clientes que se recuperavam ou aguardavam a realização desse exame diagnóstico. Após a avaliação médica, esses clientes eram encaminhados para cirurgia, para os leitos clínicos ou recebiam alta. Permaneciam nos leitos clínicos aqueles clientes que esperavam a confirmação do diagnóstico ou que necessitavam de período de internação prolongado. Os clientes que possuíam alguma doença infecto-contagiosa ocupavam os leitos do isolamento; no berçário ficavam os clientes que aguardavam cirurgia ou alta da UTI.

Cada leito possuía uma bancada contendo materiais como: gazes, luvas de procedimento, sondas nasogástricas, sondas para aspiração, esparadrapo, soro fisiológico, álcool, entre outros insumos de uso rotineiro. Com exceção dos leitos do

berçário, havia monitoração contínua de pressão arterial, batimentos cardíacos e saturação de oxigênio dos clientes.

No posto de enfermagem eram armazenados os medicamentos e a maior parte dos equipamentos, materiais hospitalares e de consumo. Os documentos, protocolos e escalas também ficavam no local, com exceção dos prontuários que se encontravam em escaninhos na parte de cateterismo.

A sala da administração era utilizada pelas enfermeiras e médicos para a realização das refeições, café e almoço, bem como para reuniões entre alguns membros da equipe. Possuía armário com duas portas, utilizado pelas enfermeiras para guardar pertences pessoais e alguns materiais, e um balcão no qual eram realizadas as refeições. Os auxiliares e técnicos de enfermagem lanchavam no refeitório do hospital. Não foi observado lanche da nutricionista e da fisioterapeuta no local.

No conforto médico havia um beliche, cobertores e lençóis, utilizados principalmente pelo plantão noturno. Durante o período de observação não se presenciou seu uso para descanso por qualquer membro da equipe. Encontravam-se afixadas atrás da porta as escalas dos profissionais médicos.

A copa possuía geladeira para medicações, balcão e aparelho de microondas. Esse espaço era utilizado para aquecer a alimentação dos clientes: leite materno, mamadeira, e soro fisiológico. Não era utilizada como refeitório, mas voltada ao cliente.

A ante-sala possuía carrinho com roupas de cama e aventais de contato para funcionários e familiares, e um cabideiro. Nesse lugar tanto os profissionais como os familiares se preparavam para entrar no ambiente. No entanto, como a porta de acesso à UTI era aberta, servia como corredor, uma vez que não havia mecanismo de restrição à entrada no ambiente.

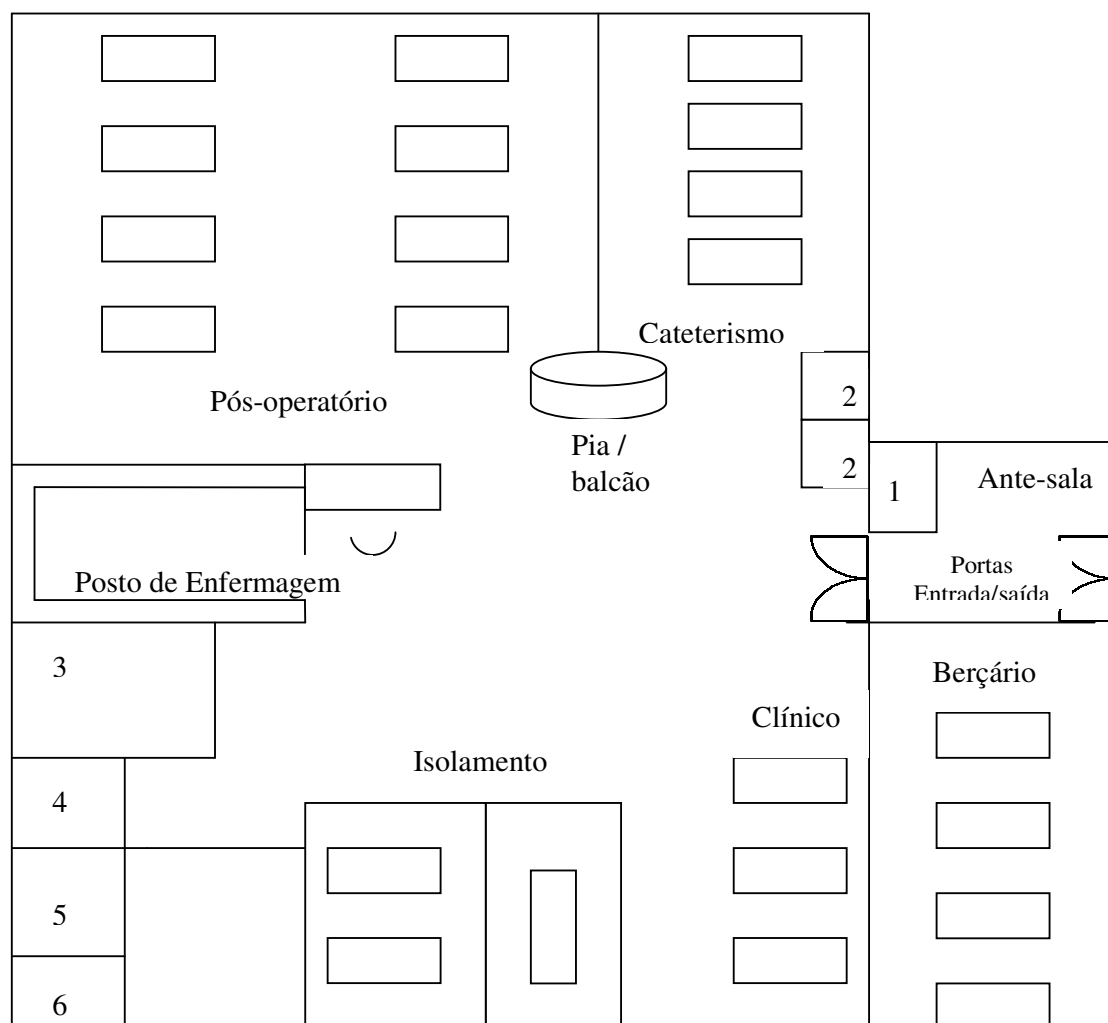
Além dos mobiliários descritos, havia mesa com computador, que ficava no centro da unidade e era utilizada por todas as pessoas da equipe. No entanto os profissionais que ali permaneciam eram os médicos, as enfermeiras e a nutricionista. Tais profissionais utilizavam o local para fazer suas anotações e prescrições. Os auxiliares e técnicos de enfermagem utilizavam, às vezes, o computador ou telefone.

Esses profissionais ficavam por vezes no local para conversar com profissionais que ali se encontravam; porém o intervalo era curto, em torno de cinco a dez minutos.

A fisioterapeuta não se fixava em um lugar, circulava pela unidade conforme atendia os pacientes. Já os auxiliares e técnicos de enfermagem ficavam mais restritos aos locais próximos aos leitos que atendiam. Utilizavam o posto de enfermagem para preparar medicações ou apanhar materiais de que necessitavam.

A seguir a planta física da UTI em apreciação.

Figura 1 . Planta física da UTI cardíaca



## LEGENDA

- 1- Carrinho com roupas de cama e avental de contato
- 2- Escaninhos
- 3- Sala Administração
- 4- Copa
- 5- Conforto Médico
- 6- Banheiro para funcionários

## 4.2 A EQUIPE

### 4.2.1 COMPOSIÇÃO

A equipe era composta por quatro grupos de profissionais da saúde: enfermagem, medicina, fisioterapia e nutrição. A equipe de enfermagem era formada por três enfermeiras: enfermeira administrativa, responsável pela chefia de enfermagem local; enfermeira assistencial; e enfermeira folguista; e por doze auxiliares de enfermagem e três técnicos em enfermagem.

Na escala constava que dois auxiliares e dois técnicos em enfermagem eram “substitutos”. No entanto eles integravam a equipe e realizavam as mesmas atividades que os demais, não havendo diferenciação. Além disso, apesar de estarem contratados como auxiliares de enfermagem, alguns profissionais possuíam o curso técnico e aguardavam abertura de vaga para o reenquadramento funcional.

A equipe médica era composta por dois médicos cardiologistas responsáveis pela chefia médica da UTI e sete médicos plantonistas. Esses últimos se revezavam durante a semana, permanecendo um deles a cada período (matutino, vespertino e noturno) no local. A equipe contava ainda com cinco cirurgiões cardiologistas que ficavam em escala de sobreaviso e eram chamados apenas em situações de urgência ou emergência. Fazia parte da equipe médica ainda um residente de medicina, que permanecia no local em média por um mês.

Integravam a equipe multiprofissional uma nutricionista e uma fisioterapeuta. Havia no período de observação mais uma fisioterapeuta que freqüentava o local. Ela fazia pós-graduação e era supervisionada pela fisioterapeuta da UTI. Essa não pertencia ao quadro de funcionários, apenas acompanhava e realizava atendimento fisioterapêutico com sua supervisora, com a qual desenvolvia maior interação.

### 4.2.2 PERMANÊNCIA NO AMBIENTE

A jornada de trabalho e carga horária dos profissionais variava de acordo com a área de atuação. A equipe de enfermagem cumpria uma carga horária semanal de 36 horas, divididas em cinco plantões semanais de seis horas e dois plantões de doze horas no mês aos domingos. A escala de trabalho funcionava em esquema de rodízio de uma folga durante a semana. A enfermeira administrativa

tinha horário flexível e carga horária de 40 horas semanais, distribuídas em oito horas diárias. Suas folgas eram aos sábados e domingos.

Os médicos plantonistas faziam plantões de seis ou doze horas. A escala de serviço era variável e distribuída conforme a disponibilidade dos profissionais. Assim, cada um definia o dia da semana e a carga horária que realizaria no local. Alguns faziam seis horas semanais, ou seja, um dia na semana pela manhã; outros doze horas, um único plantão de doze horas ou dois plantões de seis horas em dias alternados. Os residentes faziam plantões de doze horas e os chefes médicos freqüentavam a UTI durante as trocas de plantão e a visita médica, permanecendo em torno de uma hora a uma hora e trinta minutos no local.

A carga horária da fisioterapeuta e da nutricionista era de vinte horas semanais. A fisioterapeuta trabalhava no período das 7:30 às 11:30, enquanto a nutricionista trabalhava das 8 às 12h. Ambas trabalhavam de segunda a sexta-feira e permaneciam por um tempo médio, em torno de duas horas a duas horas e trinta minutos no local. O restante do tempo elas dedicavam ao atendimento de outros locais na instituição: enfermaria, apartamentos, UTI pediátrica, e demais solicitações. Desse modo, os profissionais da saúde que permaneciam o período integral na UTI cardíaca no turno da manhã (das 7h às 13h) eram os médicos e a equipe de enfermagem.

#### 4.2.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Cada membro da equipe desempenhava as atividades concernentes à sua categoria profissional. Desse modo, os auxiliares e técnicos em enfermagem realizam os cuidados diretos ao cliente, como administração de medicamentos, banho, curativo, monitoração e controle dos sinais vitais. Cada auxiliar ou técnico em enfermagem atendia dois clientes por turno, exceto quando escalados para o isolamento, no qual atendiam apenas um cliente. Esses profissionais assistiam durante um mês nos mesmos boxes.

A enfermeira assistencial era responsável por cuidados de maior complexidade como curativos de cateteres, punções e sondagens, bem como pela organização do ambiente e provisão de materiais e equipamentos. Ela ainda auxiliava a enfermeira administrativa; por exemplo, elaborando a escala de



atividades e de folga. Ela assumia a chefia local da unidade na ausência da enfermeira administrativa.

A enfermeira folguista substituía a enfermeira assistencial por ocasião de suas folgas e também realizava as atividades assistenciais desenvolvidas por ela. Não respondia pela parte administrativa nem por problemas não relacionados à assistência aos clientes, tais como conflitos entre os membros da equipe de enfermagem. A enfermeira administrativa era responsável pela chefia local, pelas atividades burocráticas e também pela coordenação das atividades de enfermagem.

Os médicos plantonistas realizavam a avaliação, acompanhamento e prescrição médica referente à parte clínica dos clientes. Atendiam em média sete a oito clientes por turno. Os residentes tinham as mesmas atribuições que os plantonistas e dividiam com eles os clientes internados na unidade. Os clientes do berçário eram atendidos por um médico da enfermaria. A chefia médica era responsável pela coordenação do local, divisão e distribuição das vagas e leitos; realizavam também a supervisão e acompanhamento do estado dos clientes durante a visita médica.

A fisioterapeuta realizava o atendimento fisioterapêutico, o que incluía principalmente a parte respiratória, motora e posicionamento dos clientes. E a nutricionista procedia à avaliação nutricional, adequação da dieta, cálculo de volume, calorias e módulos da dieta a ser oferecida.

#### 4.2.4 DIVISÃO HIERÁRQUICA

A divisão hierárquica dos profissionais ocorria de acordo com as categorias. Cada qual respondia por atividades específicas e ficava subordinado à hierarquia da sua categoria. Assim, os auxiliares e técnicos de enfermagem estavam subordinados à enfermeira assistencial que, por sua vez, estava subordinada à chefia de enfermagem local ou enfermeira administrativa. Os médicos plantonistas estavam subordinados à chefia médica da UTI. A nutricionista e a fisioterapeuta atuavam de forma autônoma e independente, de certo modo, pois não tinham superior hierárquico no local.

Além disso, cada categoria estava subordinada à representação de seu serviço na instituição. A enfermagem estava subordinada à Direção de Enfermagem,

a medicina à Direção Clínica, a fisioterapia ao Serviço de Fisioterapia, e a nutrição ao Suporte Nutricional.

Apesar de não haver subordinação formal ao serviço médico, percebeu-se a influência do poder médico em diversos níveis, em todas as categorias. Outra influência presente no local era a dos cirurgiões cardíacos. Apesar de sua presença na UTI ser esporádica, visitavam alguns clientes, eles exerciam pressão sobre a disponibilidade de leitos. Essa influência externa afetava diretamente as atividades cotidianas na UTI; haja vista o número de clientes que estariam ou não internados, a previsão de alta e provisão e materiais e equipamentos necessários para o atendimento.

#### 4.2.5 FLUXO DE PESSOAS

O fluxo de pessoas e materiais no local era intenso e contínuo. Além dos profissionais da equipe de saúde, havia dois estudantes do curso técnico em administração que permaneciam todo o período no local. Os pais de alguns clientes também permaneciam na UTI durante boa parte do turno.

Outras pessoas ainda circulavam no local, como técnicos em radiologia, auxiliares de laboratório, auxiliares da copa, cirurgiões e equipe de enfermagem do centro cirúrgico, profissionais de outras unidades do hospital, estudantes de graduação e pós-graduação, entre outros.

Não havia controle de entrada e saída das pessoas, a porta da ante-sala era aberta e qualquer pessoa podia entrar no ambiente. Devido a toda a movimentação, ritmo de trabalho, número de clientes internados e quantidade de pessoas, o local se tornava barulhento e agitado. Os períodos de maior fluxo de pessoas se concentravam durante a passagem de plantão e visita médica, por volta das 7h e 13h, bem como no intervalo do café da manhã das 10 às 11h, constituindo-se esse o período de maior trânsito de pessoas. Nesse intervalo havia em média vinte cinco a trinta pessoas no local.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

A compreensão dos dados foi apreendida segundo os eixos temáticos que nortearam o estudo. Dessa forma, a análise dos dados se encontra dividida em: ambiente de trabalho e cuidado de si. Tais temas foram descritos em seus aspectos de destaque em categorias, cujo conjunto permite o entendimento da relação entre o ambiente de trabalho e o cuidado de si pela equipe em estudo. Cada categoria foi composta ainda por subcategorias, que apresentam aspectos específicos das temáticas.

### 5.1 O AMBIENTE DE TRABALHO

A compreensão do ambiente de trabalho pela equipe da UTI em estudo originou três categorias: Percepção do ambiente de trabalho, Estrutura social e Organização do ambiente de trabalho. A seguir cada uma dessas categorias será apresentada com suas respectivas subcategorias.

Quadro 5. Categorias e subcategorias que compõem o eixo temático Ambiente de trabalho

EIXO TEMÁTICO: <b><u>AMBIENTE DE TRABALHO</u></b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO	Características intrínsecas da UTI Recursos materiais Fluxo e ritmo de trabalho
ESTRUTURA SOCIAL	O grupo de trabalho Situações de conflito Relações de poder Fatores facilitadores da interação
ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO	Estrutura institucional Estrutura local

### 5.1.1 PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Essa categoria exprime a compressão do ambiente em seus principais matizes, é a descrição do local na ótica dos profissionais de saúde. Abrange as seguintes subcategorias: Características intrínsecas da UTI, Recursos materiais e Fluxo e ritmo de trabalho.

#### 5.1.1.1 Características intrínsecas da UTI

Essa subcategoria traz os aspectos que distinguem a UTI em estudo de outros ambientes de trabalho. Os profissionais da equipe descrevem-no como local com quantidade significativa de leitos, cuja clientela atendida é bastante específica: crianças com problemas cardíacos e em estado crítico de saúde.

O estado clínico grave e instável da clientela requer cuidados intensivos e especializados, exigindo dos profissionais atenção constante, vigilância, dinamismo, prontidão e ação rápida, caso haja uma intercorrência ou agravamento do quadro. Tendo em vista tais características, a UTI torna-se ambiente agitado, imprevisível, com ritmo de trabalho intenso e desgastante, como apontam os seguintes profissionais.

*“Ela é uma UTI bastante agitada com relação às outras, bem mais agitada, tem bem mais leitos. Tem bastante leito, pacientes gravíssimos.”*

*“É um ambiente que é estressante, porque assim não são crianças muito fáceis de lidar, são crianças que de repente você examina está tudo bem, de uma hora para outra sangra, pára, faz arritmia, então você está sempre preocupada com o que vai acontecer, com essa criança. Você nunca fica assim tranqüila.”*

*“O que caracteriza a UTI é a instabilidade dos pacientes, eu acho. Que é algo que a equipe tem que estar sempre pronta pra qualquer situação de emergência, de urgência. Eu acho que isso é uma característica da UTI, são pacientes graves. Então a gente não pode descuidar.”*

Os profissionais percebem que, devido à complexidade e gravidade dos clientes, a UTI é um ambiente que denota responsabilidade nas suas ações. Desse modo, apontam a necessidade de a equipe ser formada por pessoas que tenham competência técnica, formação adequada, experiência e preparo anterior.

Consideram deter tais características e com isso conseguem obter bons resultados e salvar muitas vidas, como menciona este profissional.

*“A gente tem uma capacidade de resolver problemas complicados assim, isso é importante, isso eu acho 10. (...) É uma capacidade técnica mesmo, do pessoal da cirúrgica e mesmo da UTI, eu acho que a gente consegue muita coisa boa aqui assim, acho que a gente consegue resolver muita coisa. (...) Acho que a gente salva muita gente da situação.”*

Tendo em vista a clientela atendida, os profissionais mencionam também a necessidade de contar com suporte tecnológico de equipamentos e materiais como oxímetro, respirador, bombas infusoras e monitores cardíacos para a prestação dos cuidados. A equipe prioriza o atendimento dos clientes com quadro clínico mais crítico. Assim, em situações em que é necessário escolher qual cliente ficará com os equipamentos para monitoração das funções vitais, esses casos têm a preferência. Aqueles com quadro clínico estável e com menor gravidade ficam sem monitoração.

Além disso, a equipe sente que esse é um ambiente de constantes cobranças e pressões sobre os profissionais. As fontes dessas exigências são: a equipe da cardiologia, as equipes cirúrgicas, os familiares, e os próprios clientes e membros da equipe. Há um ciclo de cobranças, pois um precisa do trabalho do outro para realizar o seu; por exemplo, o cirurgião pressiona o plantonista para dar alta para clientes e liberar vaga para cirurgia. O médico, por sua vez, pressiona a enfermeira para que haja condições e materiais para poder atender. A enfermeira cobra da equipe de enfermagem um atendimento eficiente e domínio técnico.

Esse ciclo aumenta ainda mais a sensação de tensão e conflitos no ambiente, tornando-o mais estressante e com sobrecarga de trabalho. Desse modo, o fluxo de pessoas, a quantidade de leitos e de procedimentos cirúrgicos realizados, a troca de leitos e a disputa por vagas agem como agentes estressores no ambiente. É interessante mencionar que a UTI foi considerada estressante por todos os profissionais, essa foi uma das características mais citadas, como pode se observar nos comentários.

*“O tempo todo, a gente trabalha na pressão mesmo, é na pressão mesmo.”*

*“É um ambiente muito estressante, é muito exigido do plantonista daqui, principalmente do médico, dos residentes também é exigido, mas mais do médico, que acaba ficando chefe. Então o pessoal da cirurgia exige, o médico cardiologista exige, a família exige, então fica meio, muita responsabilidade pra uma pessoa só, sabe.”*

*“Aqui é a, primeiro assim, é uma UTI um pouco diferente das características das outras UTI daqui do hospital. Você tem uma pressão muito grande, de várias equipes. São duas equipes cirúrgicas te fazendo pressão. É pressão de pai de paciente, tem pressão de vários médicos, de várias especialidades dentro da própria cardiologia. Você tem pressão aqui às vezes da criança, você precisa suspender droga e a criança não está bem, é muito puxado aqui, é muito puxado, dentre todas as UTIs é a mais puxada, do hospital é essa aqui.”*

Por outro lado, a UTI também é reconhecida como ambiente de aprendizado. Esse aprendizado refere-se à oportunidade de atuar com grande número de clientes, diversas patologias e também com diferentes pessoas. O contato com essa diversidade, a discussão em equipe e o espaço para aprender com as situações permite em nível técnico a exploração e avanços científicos, tornando a UTI um local de progresso. A fala a seguir expressa essa característica:

*“A vantagem de se trabalhar aqui dentro de um hospital é muito em fato do aprendizado, porque você está sempre dentro de uma equipe, você está sempre ouvindo a opinião de outras pessoas, e aparecem muitas coisas diferentes dentro do hospital, muitas patologias diferentes que, às vezes, você não encontra aqui fora; então ele é muito rico em ensinamento.”*

Os profissionais destacaram o cliente como o aspecto mais importante do ambiente. Ele é a prioridade, o foco da atenção e das ações, o motivo pelo qual se atua na UTI e na instituição. Além do cliente, as ações dos profissionais também são valorizadas. Elas envolvem o cuidado, o contato direto com o cliente, a atenção, a responsabilidade e a destreza com a que executam suas tarefas, bem como a prontidão e auxílio mútuo em situações de emergência.

Em relação ao aspecto físico os profissionais apontam que é um ambiente aberto e barulhento, devido aos alarmes dos equipamentos, grande fluxo e

quantidade de pessoas. Não há controle de entrada e saída de pessoas, elas circulam livremente pelo local. Desse modo, os profissionais consideram que a estrutura não respeita as necessidades fisiológicas de uma criança em estado grave de saúde, uma vez que elas não conseguem descansar, dormir e ficam continuamente expostas a um ambiente turbulento e perturbador. As seguintes falas retratam esse aspecto do ambiente.

*“É um espaço físico que não respeita o paciente aqui dentro, aqui não tem. É aberto! É aberto, é aquele entra e sai ali, entra quem quer.”*

*“Então fica muito barulhenta a unidade, esses alarmes tocando, às vezes é o rádio ligado.”*

Devido às características descritas, a equipe percebe que essa UTI é diferente das demais. No entanto consideram que ela perdeu uma característica fundamental: ambiente de silêncio e de recuperação.

#### **5.1.1.2 Recursos materiais**

Uma das percepções do ambiente, destacada pelos profissionais, refere-se aos recursos materiais, especialmente equipamentos e medicamentos. A grande maioria dos profissionais relatou a quantidade insuficiente de materiais e medicamentos em face da demanda da unidade. O uso rotineiro e contínuo faz com que os equipamentos precisem de manutenção e substituição. Os profissionais percebem, portanto, que freqüentemente esses recursos não estão disponíveis, como retratam as colocações.

*“Só que é sempre assim, a gente vê, falta material, equipamento, falta medicamento.”*

*“A gente tem dificuldades aqui, falta respirador, falta bomba, falta medicação, é, não faz o exame na hora que a gente pede.”*

Por se tratar de uma UTI de grande porte e de elevado grau de complexidade, essa questão se destaca na medida em que reflete na atuação dos

profissionais. A indisponibilidade de insumos gera tensão pela necessidade de priorizar e decidir qual paciente irá ou não ser monitorizado, ou receberá algum medicamento essencial ao seu tratamento, como exemplificam essas falas.

*“Falta às vezes manguito para monitorar pressão, falta oxímetro, daí a gente tem que ficar tirando de uma criança que está menos grave para colocar em uma criança que está mais grave e isso estressa a enfermagem também, porque eles sabem que todas as crianças aqui dentro precisam ser monitoradas; então eles ficam meio com receio, meio inseguros de deixar sem monitorização, assim como a gente.”*

*“Muitas vezes não tem, e sabem que vai acabar, que vai faltar uma medicação e eles não compram; daí fica aquele estresse, a enfermeira padrão ligando, exigindo e não consegue; aí todo o mundo fica preocupado com as crianças. Cria assim certo clima de tensão também.”*

Além disso, essa falta de materiais acaba atrapalhando o fluxo de atividades e andamento do local, uma vez que os profissionais necessitam encontrar alternativas ou tomar emprestado em outras unidades o material. Portanto muitas vezes deixam ou param de realizar determinadas atividades para obter os instrumentos necessários ao trabalho.

Por outro lado, os profissionais percebem que por ser uma UTI, há fácil acesso aos materiais e equipamentos, eles estão à mão; o que facilita a atuação profissional. São materiais de uso freqüente pela equipe. O que não ocorre em outros locais, como unidades de internação.

A questão dos insumos se apresenta como uma contradição no ambiente; de um lado há uma equipe capacitada para atuar, mas que, muitas vezes, fica limitada em suas ações, devido à falta de recursos materiais. Com isso os profissionais mais uma vez experimentam pressão, pois têm conhecimento e são cobrados pela instituição e pelos familiares a prestar o melhor desempenho técnico ao cliente; porém não podem fazê-lo pela ausência de recursos. Os profissionais ficam tensos, porque desejam realizar atendimento de qualidade e não conseguem. Obviamente, há desentendimentos e cobrança na equipe para que haja os insumos necessários. O comentário desse profissional evidencia essa situação.



*“Porque a gente fica cobrado, porque precisa fazer aquilo, e a gente cobra daí deles (membros da equipe) o equipamento ou a droga. Ai às vezes fica uma situação de chata. - Já me pediu 4, 5 vezes a mesma coisa, não sabe que não tem.”*

Com isso, a equipe aponta que o suprimento adequado de recursos materiais, em face da necessidade da unidade, facilitaria bastante o trabalho e contribuiria enormemente na diminuição da tensão.

### **5.1.1.3 Fluxo e ritmo de trabalho**

Por meio dessa subcategoria é possível compreender com maior profundidade o movimento da unidade em relação às pessoas e serviços. O fluxo de pessoas e ritmo das atividades na UTI é intenso, principalmente no turno matutino. Algumas atividades ficam concentradas nesse turno, em especial as cirurgias. Conseqüentemente, as altas, trocas e preparação de leitos, o atendimento nas primeiras horas de pós-operatório (PO) também ocorrem nesse período.

Outras atividades realizadas nesse período são o banho, a visita médica, o atendimentos fisioterapêutico e nutricional, a realização de exames complementares, como sangüíneos e de imagem. Dessa forma, é necessária a presença de outros profissionais no ambiente. A colocação a seguir demonstra um pouco o problema.

*“De manhã, meu deus do céu, é estagiário para um lado, é muita gente, barulho, e, é vaga. (...) Tem banho, essas coisas para fazer, daí é tudo corrido, tem que montar PO.”*

Como a quantidade de tarefas é grande, o número de pessoas que circulam e permanecem no local é proporcional. São freqüentes e contínuas a entrada e saída de pessoas (clientes, profissionais, familiares), bem como é alta a rotatividade de clientes. Desse modo, é inevitável a presença de ruídos, seja devido à movimentação das pessoas, às conversas ou trocas de informações, ou aos equipamentos.

Com maior número de atividades a serem executadas no período matutino, o ritmo de trabalho é acelerado e, desse modo, a jornada é intensa e desgastante. Não há pausas para descanso; a sensação de cansaço e estresse experienciados pela equipe são freqüentes, como aponta esse profissional:

*“Mas eu sinto assim que é muito pelo estresse, principalmente de manhã, que tem uma troca-troca de leito, e entra cirurgia e sai cirurgia e o médico pressionando que quer vaga, não tem vaga, acho que isso, às vezes, gera um estresse muito grande na hora de trabalhar.”*

Devido ao fluxo e ritmo descritos, os profissionais não conseguem ter visão global do ambiente, não podem acompanhar as movimentações ocorridas. As mudanças são rápidas e constantes; desse modo, é difícil participar das atividades e inteirar-se das situações e até mesmo dos clientes internados. Os profissionais sabem e conhecem apenas uma parte do que ocorre, aquela que está mais próxima de seu campo de visão ou atuação. Tarefas de liderança, coordenação e organização constituem verdadeiro desafio.

### 5.1.2 ESTRUTURA SOCIAL

Essa categoria apresenta as características do ambiente em relação ao modo como ocorrem os relacionamentos e interações dos profissionais, em nível individual, coletivo e hierárquico. É formada pelas subcategorias: O grupo de trabalho, Situações de conflito, Relações de poder e Fatores facilitadores da interação.

#### 5.1.2.1 O grupo de trabalho

Segundo foi mencionado anteriormente, a equipe é formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeuta e nutricionista. Essa equipe se percebe integrada e com certo grau de intimidade. O tempo de atuação no local, o convívio cotidiano e o contato freqüente, devido à delimitação do ambiente, fazem com que haja proximidade natural entre as pessoas, como mostra esta fala.

*“Porque a gente passa muito tempo junto. Sempre as mesmas enfermeiras, nos mesmos horários, os médicos que trabalham, rodam aqui são sempre os mesmos, então depois de algum tempo a gente acaba criando uma convivência, uma intimidade, a gente sabe da família de um, da família de outro.”*

De modo geral, a equipe considera manter bom relacionamento interpessoal. A convivência é pacífica e envolve respeito, ajuda em momentos de crise e cordialidade no contato diário. Há maior interação e intimidade entre os profissionais pertencentes a uma mesma categoria. Essa interação se dá por meio de conversas e estabelecimento de laços de amizade, conforme aponta essa profissional.

*“Você sempre tem mais afinidade com alguns, que nem eu tenho muita afinidade com a X., com a Z., com o Y., então a gente tem uma afinidade pra conversar, assim tanto coisa pessoal, como profissional. E já tem outros que a gente, eu não tenho tanta afinidade pra conversar, que nem a W., quem mais, eu já não tenho muita afinidade, converso, mas, só mais o essencial, mas não que a gente não tem amizade, é mais por questão de afinidade mesmo.”*

Uma característica mencionada sobre a equipe é a formação de pequenos grupos no local de trabalho, principalmente na equipe de enfermagem, cujo número de profissionais da mesma categoria é maior. Os grupos se formam em razão da afinidade entre seus membros. Consideram normal a formação desses grupos de pessoas; afinal, a equipe é grande, são em torno de trinta pessoas. Esses grupos mantêm contato que extrapola os limites profissionais; há intimidade e convívio fora do ambiente de trabalho. A seguinte colocação exemplifica essa interação.

*“Com as pessoas que a gente tem mais afinidade volta e meia a gente sai, às vezes saímos à noite em barzinho ou então sai de tarde e vai todo o mundo junto.”*

Por outro lado, não há comemorações coletivas no local, como aniversários e datas festivas. O único momento coletivo durante o trabalho é o café, quando os

profissionais se organizam e formam pequenos grupos para ir ao refeitório ou realizar a refeição no próprio ambiente.

Outro aspecto destacado por todos os membros do grupo é a recente contratação de um dos profissionais. Percebem que é pessoa que está em processo de inserção no grupo. Apesar do pouco tempo de atuação no local e da limitação na interação, devido ao tempo em que permanece no ambiente, os profissionais a incluem no grupo. Essa, por sua vez, percebe que a equipe já possui um tempo de convivência e que é integrada. Considera que os profissionais interagem bastante em comparação com outros locais. As falas abaixo demonstram a percepção do grupo:

*“É que faz pouco tempo que ela está aqui na UTI, ficando fixa assim.”*

*“Faz pouco tempo que ela está aqui com a gente; então, mas mesmo assim eu converso bastante com ela.”*

As equipes de enfermagem e médica que permanecem durante todo o período no ambiente referem que o relacionamento com a nutricionista e fisioterapeuta é diferente, menos intenso do que o realizado entre eles. Esse é um relacionamento cordial, com menor grau de intimidade, justificado pelo menor tempo de permanência no ambiente.

#### **5.1.2.2 Situações de conflito**

A maior parte dos conflitos entre os profissionais está relacionada à estrutura do ambiente e não a desentendimentos de ordem pessoal. Eles ocorrem em situações de crise, como durante uma intercorrência ou emergência, ou em momentos em que não há aporte de material para realizar determinada tarefa. Durante as intercorrências, por vezes a equipe fica aflita e ansiosa para reverter o quadro do cliente, e acaba desentendendo-se. Porém esse momento é passageiro, passada a crise, o relacionamento se restabelece e a interação retoma a cordialidade. A fala a seguir demonstra essa situação.

*“Geralmente são momentos de tensões em que a criança está grave e a gente quer, quer cobrar assim, não faz isso agora, não, faz isso, larga isso, faz isso pra mim, e às vezes dá um atrito assim, sabe. Então, às vezes em uma situação de estresse a gente acaba se atritando um pouco, mas é coisa passageira.”*

A indisponibilidade de materiais ou serviços também é fonte de um ciclo de cobranças entre os profissionais, em que exigem mutuamente os recursos que necessitam para realizar suas ações. Os profissionais se sentem pressionados pela hierarquia institucional a realizar suas ações, mas não têm os instrumentos para tal. Assim, cobram uns dos outros: médico da equipe de enfermagem, equipe de enfermagem dos médicos, médicos e enfermeiras das equipes de apoio: radiologia, copa, etc. Esse ciclo gera desgaste, desentendimento e cria uma atmosfera de desconforto entre os profissionais. Exemplos dessas situações ocorrem, quando há solicitação de raio-x ou liberação de laudos de exames. A demora no atendimento da solicitação por parte dos profissionais vinculados a esses serviços faz com que haja cobrança da equipe da unidade. A fala abaixo retrata esse conflito.

*“Então assim, eu acho que a gravidade das crianças aqui dentro, a cobrança que é exigida muito da enfermagem, dos médicos e às vezes essa precariedade dos materiais, acaba gerando atrito, entre a enfermagem e o médico, entre o médico e o técnico de raio-x, entre o médico e o pessoal do laboratório que vai não libera exames.”*

Outra fonte de conflitos no ambiente é a disputa de vagas entre os cirurgiões. Esses profissionais não permanecem no ambiente; porém pressionam a equipe para que haja leitos disponíveis para o recebimento dos clientes após o procedimento cirúrgico. Exercem influência principalmente sobre os chefes e hierarquia institucional. Dessa forma, os profissionais sentem-se pressionados a organizar o local e dar altas aos clientes, algumas vezes precocemente, contrariando o ritmo e fluxo de trabalho que os profissionais gostariam de realizar. Além disso, há disputas por vagas entre os cirurgiões, que acabam sendo intermediadas pela equipe.

### 5.1.2.3 Relações de poder

A equipe percebe que há um poder paralelo que envolve uma estrutura maior do que apenas a UTI. Está relacionado à receita que os procedimentos de alto custo geram. O poder e as decisões não estão localizados em um local ou pessoa, mas no processo como um todo. Dessa forma, há influências internas e externas no ambiente que fazem com que haja um poder não estruturado nas figuras hierárquicas.

A chefia médica freqüentemente participa de reuniões de discussões sobre vagas e sofre uma pressão muito forte para manter elevado o número de cirurgias cardíacas realizadas. No entanto os profissionais são apenas informados sobre as decisões que foram tomadas por pessoas externas e devem preparar a infraestrutura necessária para que as ações sejam realizadas conforme decidido. Por vezes ainda os profissionais são apenas consultados formalmente sobre as decisões, e se espera que apenas concordem com elas. As colocações abaixo exemplificam tal situação.

*“Aqui são vários chefes, várias hierarquias, eu quero, eu quero, tem que por, vem cá não sei o que. Hoje, por exemplo, me avisaram: - Ah, eles vão fazer uma cirurgia e vão botar lá no leito tal. Ninguém falou com quem está aqui, nem comigo, nem com a Q. (residente). E já resolveram que tem, que sobrou uma vaga e pronto, vai fazer lá, entendeu?”*

*“Não, vão fazendo e vai passando por cima e vão fazendo, e olha tem que fazer isso, e olha é assim vamos fazer, e chega pede tua opinião, mas só confirmando. É assim como se fizesse formalmente, porque o que tem que ser feito, vai ser feito.”*

Os profissionais referem que não são ouvidos ou consultados nas tomadas de decisões. Percebem que seu papel é manter o local funcionando, uma vez que as decisões são tomadas pelas instâncias superiores ou por pessoas externas ao ambiente, como descreve esse profissional.

*“O médico é uma pessoa que está aqui pra trabalhar, mas é assim, a gente não tem nenhuma, autonomia. Você está aqui pra tocar serviço mesmo, não é como nas outras UTIs.”*

O resultado desse sistema se traduz para os profissionais na falta de voz, de autonomia e poder de decisão sobre as situações que ocorrem no ambiente.

#### **5.1.2.4 Fatores facilitadores da interação**

Os profissionais percebem que, embora o ambiente tenha características que tragam dificuldade para o desempenho profissional, há também fatores que facilitam a relação entre os profissionais. Esses aspectos estão relacionados principalmente às características pessoais e interpessoais da equipe.

A equipe menciona que há possibilidade de expressão enquanto profissional e troca de experiências entre as categorias. Os profissionais podem expressar suas opiniões e discutir questões no âmbito profissional; com isso há a oportunidade de aprendizado em conjunto.

O preparo e qualificação técnica dos profissionais que compõem a equipe são outros fatores apontados como facilitadores. Eles são capacitados para exercer suas funções, têm competência e habilidade técnica. Além disso, devido ao tempo de atuação no ambiente, conhecem a rotina e a infra-estrutura local, o que facilita seu desempenho técnico, como apontam as falas.

*“Os médicos, tanto os residentes, como os plantonistas são muito bons, sabe, é tem os mais novos que não estão acostumados com a rotina, lógico, tem mais dificuldade, mas com o tempo eles também ficam ótimos assim, eles dão atenção.”*

*“O pessoal da enfermagem é um pessoal bom, é um pessoal mais antigo; assim, então eles já estão bastante tempo aqui dentro da UTI, então eles já sabem assim como que é a rotina, o funcionamento, tudo.”*

Outro aspecto é a prontidão e disponibilidade da equipe em face das situações de emergência. Nesses momentos, as diferenças pessoais são deixadas à parte, os profissionais se mobilizam, procuram ajudar o colega que está atendendo, há cooperação e trabalho em equipe. Esse aspecto é demonstrado por esses profissionais.

*“Quando acontece uma intercorrência, quem tiver por perto se mobiliza para atender, independentemente da pessoa; isso eu acho bacana e sempre foi assim.”*

*“Eu acho legal é que se tem uma intercorrência todo o mundo está pronto para ajudar. (...) A gente tem uma equipe mesmo.”*

A receptividade e entrosamento da equipe também são fatores que contribuem na interação dos profissionais. Eles recebem e acolhem as pessoas novas. Desse modo, existe uma integração entre os membros da equipe. Além disso, o tempo de permanência no local e a convivência direta fazem com que haja intimidade no relacionamento. O ambiente se torna acolhedor, com certo grau de descontração e há liberdade para fazer comentários e brincadeiras.

### 5.1.3 ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Essa categoria retrata a forma de organização do ambiente em nível institucional e em nível local, ou seja, na UTI. Desse modo, possui duas subcategorias: Estrutura institucional e Estrutura local.

#### **5.1.3.1 Estrutura institucional**

A equipe refere que a absorção de profissionais recém-formados é característica institucional. Ela enseja que as diferentes categorias tenham vagas em seu quadro de pessoal. No entanto, de acordo com a equipe, o tempo de adaptação e treinamento ao ambiente é curto, tendo em vista justamente a inexperiência desses profissionais e a complexidade da UTI. Além disso, o hospital não retém esses funcionários; eles adquirem experiência e saem da instituição, principalmente em busca de melhores condições salariais.

O hospital proporciona algumas oportunidades aos funcionários, como creche para seus filhos na própria instituição e atividades de relaxamento (reiki e massoterapia). Tais atividades de relaxamento têm duração aproximada de vinte minutos e o funcionário precisa agendar um horário conforme a sua possibilidade de sair do local de trabalho e a disponibilidade da agenda. Freqüentemente, o setor



responsável pelas atividades consulta se os funcionários têm interesse e disponibilidade para participar. Os profissionais apontam essas oportunidades.

*“A gente tem algumas atividades aqui no hospital, reiki, massoterapia também tem.”*

*“Não é em todo hospital que você vai ter uma creche pra você deixar seus filhos.”*

Outra política adotada pela instituição se refere às horas extras, que não são remuneradas e sim remanejadas para banco de horas. Esse mecanismo traz aos funcionários o sentimento de não valorização, uma vez que se dispõem a realizar hora extra para cobrir a falta de algum funcionário, beneficiando assim à instituição e também a própria equipe não a sobrecarregando; porém dificilmente conseguem retirar as horas em haver, já que essas são repostas quando há conveniência para a instituição. A fala abaixo descreve esse mecanismo institucional:

*“O que está acontecendo agora no momento, o hospital não paga mais hora extra, é só no banco de horas, as pessoas sentem qualquer tipo de dor elas vão ao médico e trazem atestado. Que ninguém vai ficar trabalhando pra, ah você não quer fazer essa noite pra ganhar um dia que o hospital possa dar ou um dia que eles queiram te dar, entendeu. Porque se eles pedem pra você estar aqui, você está aqui.”*

Os profissionais apontam ainda que a instituição, por um lado, exige e apóia a qualificação profissional; no entanto o processo de reenquadramento funcional é demorado. Os funcionários obtêm o aperfeiçoamento e precisam aguardar longo período para que haja mudança de função. Com isso o profissional se sente desvalorizado.

De modo geral, os profissionais percebem que há desequilíbrio entre o que a instituição requisita do profissional e o retorno que lhes é proporcionado. Sentem-se desconsiderados, prejudicados, consideram que se doam, mas a instituição não valoriza seu esforço, principalmente em relação ao aspecto financeiro.

### 5.3.1.2 Estrutura local

Ao considerar a UTI enquanto estrutura local, pretende-se apontar as compreensões que os profissionais têm da organização e infra-estrutura circunscritas à UTI, independentemente dos aspectos institucionais ou da comparação com outros locais. Desse modo, essa subcategoria traz o retrato organizacional da UTI sob a ótica da equipe que a compõe e reflete principalmente as questões de recursos humanos.

Em relação à infra-estrutura da UTI, os profissionais mencionaram a entrada súbita e em massa de grande contingente de pessoal no local e com pouca experiência profissional. A chegada dessas pessoas, além da adaptação e integração à equipe, trouxe a necessidade de os profissionais com maior experiência treinar, ensinar os recém chegados. Eles supervisionavam os clientes sob cuidados dos profissionais novos, o que lhes ocasionava sobrecarga, pois precisavam desempenhar suas atividades e verificar as do colega, como aponta o profissional.

*“A gente passou por um estresse bem grande, porque para entrar 3, 4 de uma vez, assim, novos, que não sabiam nada, então era pesado, porque a gente tinha que cuidar dos nossos pacientes e dos pacientes dessa pessoa que tava começando.”*

Grande parte das percepções sobre a UTI foi realizada pela equipe médica e de enfermagem. A primeira apontou que, diferentemente de outros locais, nessa UTI os médicos têm pouca autonomia e poder de decisão. Suas decisões precisam do aval da chefia médica do setor. Em consequência, sentem que não são respeitados enquanto intensivistas e consideram necessário que haja maior número de médicos atuando no local e uma chefia neutra e com influência para poder posicionar-se e agir em face da organização institucional, ponderando a capacidade e necessidades da UTI. A seguinte colocação reflete essa situação.

*“A gente não tem nenhuma autonomia. Na outra UTI você é a plantonista, você resolve, você é ouvida, a tua, a tua opinião é importante, você pode determinar o que, o que pode sair, o que não, porque é você que está ali com a criança.”*

Já a equipe de enfermagem percebe que é alta a rotatividade de seus funcionários. Atribuem essa situação à baixa remuneração que recebem em face das atividades que realizam e do estresse do ambiente. Os profissionais adquirem experiência e saem em busca de melhores oportunidades.

Indicam também a modificação na escala das enfermeiras, que passaram a folgar durante a semana e trabalhar no sábado e no domingo. De acordo com as enfermeiras essa modificação foi negativa para elas, visto que têm a sensação de estar continuamente trabalhando, e não conseguem descansar e se restabelecer para atuar na UTI, como é possível observar na fala.

*“Um dos problemas que impede assim de estar sempre se renovando, é a questão de trabalhar nos domingos, no sábado, tão estressante assim como é. Porque se eu fosse me estressar a semana inteira e saber que sábado e domingo eu vou estar na minha casa, cuidando das minhas coisas, descansando, assim, seria menos estressante. Agora, eu me estresso a semana inteira aqui e eu sei que sábado eu vou estar aqui e que domingo eu vou estar aqui.”*

Outro aspecto apontado pela equipe de enfermagem é o rodízio infrequente de atividades, o auxiliar de enfermagem permanece durante um mês atuando nos mesmos boxes. Além disso, referem que é significativo número de faltas no período noturno. Na falta desses profissionais, os funcionários do turno matutino são contatados para sua substituição, ficando assim sobrecarregados, uma vez que permanecem na escala da manhã.

A equipe também referiu que houve modificações no fluxo da unidade. Aumentaram o número de procedimentos cirúrgicos realizados e clientes atendidos; conseqüentemente, a quantidade de atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais aumentou. Os profissionais percebem que estão ainda mais ocupados e cansados. A fala de uma profissional retrata essa modificação.

*“Eu também não posso cobrar porque o tempo dobrou as cirurgias, o tempo nosso é mais corrido, porque assim entrou muita gente nova.”*

Em face dessas colocações se observa que a percepção dos profissionais sobre o ambiente local está focalizada nos problemas e dificuldades que enfrentam, como: rotatividade de pessoal, número insuficientes de pessoal na equipe, inexperiência de alguns profissionais, acúmulo de trabalho; enfim, situações que gostariam de modificar.

## 5.2 CUIDADO DE SI

Esse eixo temático contempla as compreensões dos profissionais acerca das ações e percepções de cuidado de si experimentadas na UTI em estudo. É formado pelas categorias: Estratégias de cuidado de si e Percepções sobre o cuidado de si.

Quadro 6. Categorias e subcategorias que compõem o eixo temático Cuidado de si

EIXO TEMÁTICO: <b><u>CUIDADO DE SI</u></b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE SI	Estratégias intrapessoais Estratégias interpessoais relacionadas ao cliente Estratégias interpessoais relacionadas à equipe
PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE SI	Sensação de cuidado Momentos de não-cuidado Momentos de interação Sugestões de mudanças

### 5.2.1 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE SI

No decorrer do referencial teórico se explanaram as diferentes dimensões do cuidado de si. Ao analisar os dados, corroborou-se a existência dessas dimensões, que se encontram presentes nessa categoria. Desse modo, as

estratégias utilizadas pelos profissionais para o cuidado de si se apresentam nas seguintes subcategorias: Estratégias intrapessoais, Estratégias interpessoais relacionadas ao cliente, Estratégias interpessoais relacionadas à equipe .

#### **5.2.1.1 Estratégias intrapessoais**

As estratégias intrapessoais de cuidado de si, realizadas pelos profissionais, estão enormemente relacionadas à sua postura e conduta em relação às situações. Envolve os modos de agir no trabalho e as atividades voltadas para o bem-estar.

Em relação às condutas no trabalho, pode-se destacar que os profissionais procuram dar o devido valor às situações, diferenciando-as e agindo de acordo com o julgamento que fazem delas. Portanto ocorrências banais são relevadas, enquanto aquelas que exigem esforço, empenho ou posicionamento são conduzidas com seriedade e profissionalismo. A fala a seguir demonstra esse modo de agir.

*“E às vezes não ligar muito com algumas coisas que acontece, porque às vezes na equipe tem uma fofoca aqui, uma fofoca ali; se você for se preocupar você não trabalha.”*

Além disso, os profissionais impõem limites à sua atuação. Eles se dedicam e trabalham com afinco durante o plantão; porém, terminado o turno, procuram desligar-se da UTI e estar cientes de que cumpriram o seu papel. Além disso, procuram não misturar a vida profissional e a particular, e vice-versa. Buscam resolver os assuntos profissionais no trabalho e não levar para o ambiente doméstico problemas ou dificuldades que enfrentaram no trabalho, ao mesmo tempo em que tentam não deixar que influências externas, como as familiares, comprometam o seu desempenho no trabalho. Essa estratégia é retratada pelo seguinte profissional.

*“Eu procuro não misturar as duas coisas, então o que é daqui fica aqui, o que é de lá de casa, fica lá. Então sempre que eu venho pro trabalho eu procuro ficar, estar bem aqui, por mais que eu esteja com problemas lá, e vice-versa, eu procuro separar.”*

O isolamento social também é uma estratégia utilizada pelos profissionais, ao não se sentirem inteiros, disponíveis para uma relação social. Eles procuram ficar sós, recolhidos em seu espaço até que se sintam aptos para uma interação sem prejuízos. É importante destacar que a equipe respeita essa necessidade pessoal e permite à pessoa essa espaciotemporalidade de recolhimento. As seguintes colocações retratam essa forma de cuidar-se.

*“Quando eu estou meio de mau-humor, o pessoal já me conhece, já nem vem conversar comigo; então deixa de lado, deixa ela melhorar que daqui a pouco ela vai estar bem de novo.”*

*“Eu estou meio quietinha no meu canto, sabe, eu acho que às vezes é bom você ficar meio quieta e deixar que ande um pouco as coisas.”*

Em relação a atividades voltadas ao bem-estar, alguns profissionais relatam que, ao se sentirem cansados, participam das atividades de relaxamento oferecidas pela instituição. Eles também apontam estratégias adotadas fora do ambiente de trabalho para esse fim, como a realização de atividades físicas, distração e descanso nos dias de folga por meio de leituras e atividades de lazer: assistir à filmes e programas de televisão, realização de trabalhos manuais, como crochê e tapeçaria. Alguns desses exemplos encontram-se abaixo.

*“Eu faço caminhada, eu faço exercício normal assim, eu sempre fiz, sempre gostei de fazer academia, de fazer caminhada, então eu faço.”*

*“O dia em que eu estou de folga eu quero ficar assim; mas daí, eu leio muito, vou muito no cinema, vejo muito filme, eu faço, eu bordo, eu faço tapeçaria, crochê.”*

*“Eu assisto tv, assisto filme, gosto de assistir filme, gosto de ir ao cinema. Tenho 3 gatos, daí fico brincando com meus gatos.”*

No entanto é necessário destacar que a realização dessas atividades se dá por uma pequena parcela de profissionais. A grande maioria refere não realizar atividades voltadas ao bem-estar, apesar de apontarem a necessidade de fazê-las.

Aqueles que participam das atividades de relaxamento percebem que o fato de sair da unidade e desviar atenção por alguns momentos auxilia na diminuição do cansaço e propicia o restabelecimento, como aponta a seguinte fala.

*“Agora esse ano a gente tem o reiki. Então quando está muito estressado a gente marca, vai lá, fica lá um pouco, conversa um pouco. (...) Porque, às vezes, nem é questão de você, às vezes é só você ir lá e distrair a cabeça, conversar um pouco, já dá uma melhorada.”*

Além disso, referem que tais atividades funcionam como mecanismo de escape, uma vez que podem extravasar as emoções e tensões retidas. Alguns ainda procuram fazer uma pausa, sair do ambiente por alguns minutos, principalmente no horário do café, para aliviar a tensão, relaxar. Esses momentos servem para desviar o foco da rotina fatigante e permitem a experiência e contato com outras situações, possibilitando a renovação da pessoa e a sensação de bem-estar.

#### **5.2.1.2 Estratégias interpessoais relacionadas ao cliente**

Nessa subcategoria são expressos os mecanismos que os profissionais utilizam para se sentirem cuidados, ao se relacionarem com os clientes. A maioria das estratégias é de defesa, enfrentamento.

Lidar com clientes críticos, com o sofrimento e com a morte é parte do cotidiano dos profissionais que trabalham na UTI. Logo, eles aprenderam com suas experiências diante das situações a utilizar o distanciamento do cliente, em termos afetivos, como mecanismo de autoproteção. Para não sofrer e experimentar sentimento de impotência e fracasso, os profissionais procuram não criar laços de afeto com o cliente. Desse modo, consideram-se resguardados, caso haja agravamento do quadro ou óbito. Esse mecanismo é apontado por um dos profissionais da equipe.

*“No começo eu fazia tudo errado, levava pra casa, ficava pensando ah será que o paciente vai estar vivo tal, hoje em dia já não. Eu procuro não me envolver tanto assim.”*

Por outro lado, em nível técnico da prestação de cuidados, os profissionais procuram realizar com competência e certeza suas ações. Em situações de dúvida sobre procedimentos a serem realizados, recorrem aos colegas, questionando e não executam a ação, se não estiverem convictos. A fala a seguir exemplifica essa conduta.

*“Quando eu tenho dúvida, eu sempre pergunto. Eu nunca faço nada sem ter certeza. Eu sempre pergunto.”*

Além disso, caso não se sintam aptos a prestar o cuidado necessário, solicitam que outro membro da equipe, devidamente capacitado, faça-o. Assim, conduzem com seriedade seu trabalho, procuram saber e desempenhar bem as atividades de sua alçada.

### **5.2.1.3 Estratégias interpessoais relacionadas à equipe**

Nessa subcategoria, encontram-se as atividades e ações de cuidado de si realizadas pelos profissionais em relação aos membros do grupo; portanto, refere-se às relações interpessoais no trabalho.

Os profissionais em estudo procuram interagir com os membros da equipe pertencentes às outras categorias, o que ocorre por meio de conversas, discussões sobre os clientes, trocas de experiências, realização de atividades em conjunto, ajuda ao colega, negociação de ações em relação ao cliente, atendimento mútuo das solicitações. Desse modo, buscam manter boa interação e não enfrentar problemas de acesso ou de relacionamento com os colegas. O respeito pela pessoa e seu trabalho é componente fundamental que permeia as relações. As colocações abaixo retratam essas interações.

*“Claro se está corrido você não tem tempo de ficar conversando, mas assim sempre dá, sempre passa um, quer ajuda aqui, quer ajuda ali e conversa e conta uma coisa e conta outra, mas é comum, acho que eu tenho amizade com quase todo o mundo aqui dentro.”*



*“Eu troco mais idéia do paciente com o residente, mas por exemplo depois de tomada a decisão do que fazer, eu converso com a enfermagem, olha vamos fazer assim, o que vocês acham?”*

Outra forma de cuidado utilizada pelo grupo é o posicionamento em face das situações. Eles procuram mostrar sua opinião, responder por suas ações, demonstrar, quando não concordam com algo; assumir e se responsabilizar, quando cometem erros. Além disso, buscam compartilhar as responsabilidades e resolver em conjunto os problemas que o local possui, bem como recorrem às suas chefias para partilhar as decisões e posicionamentos adotados.

Ao haver desentendimento com algum membro da equipe, os profissionais buscam resolver o conflito conversando com a pessoa, de modo que não haja ressentimentos e seja possível o restabelecimento da interação. Procuram resolver os problemas no momento em que ocorrem e diretamente com a pessoa envolvida na questão. Caso o problema não seja solucionado no contato direto com a pessoa, recorrem à instância superior, hierarquia local para resolução, como pode ser observado na fala.

*“Eu tento resolver no momento. Resolvo a situação, se é com relação ao material, eu resolvo, se é em relação a algum membro da equipe eu chamo aqui e converso, ou se é com algum médico, me reporto ao Dr. Y. (chefe da UTI) se eu não consigo resolver.”*

Durante o cotidiano ocorrem situações de descontração no ambiente que ajudam a diminuir a tensão no trabalho. Comumente são conversas informais, brincadeiras entre os profissionais, algum comentário realizado por um membro da equipe. Esses momentos de interação dos profissionais são situações passageiras que ocorrem sem planejamento ou programação. As falas abaixo retratam esse momento de descontração.

*“Não é nada planejado, de repente é uma situação que acontece e que todo mundo pára um pouco, ri, conversa, tira sarro, assim. É rápido, 4, 5 minutos e depois todo o mundo volta fazer o que estava fazendo.”*

*“É só uma distração assim no dia-a-dia mesmo, não tem horário específico, ah vamos nos reunir, vamos conversar um pouquinho, não, é no meio da rotina acontece alguma coisa que faz todo mundo rir ou alguém fala uma besteira, daí fica juntando história com história, não tem nada programado.”*

Os profissionais percebem que esses momentos são necessários, fazem a diferença no cotidiano e amenizam o clima de tensão no ambiente. Salienta-se também que os profissionais sabem distinguir os momentos em que se podem descontraír daqueles que devem agir com seriedade.

A enfermeira, enquanto líder da equipe de enfermagem, também realiza ações de cuidado para a sua equipe. Ela tenta continuamente equilibrar as necessidades da equipe com as do local. Desse modo, procura ser flexível em relação a trocas de plantões e folgas, formação de duplas de folgas, elaboração da escala, bem como tenta atender às solicitações da equipe quanto ao descanso, como retrata a colocação.

*“Eu procuro sempre fazer o melhor para equipe desde que não prejudique o paciente. Então nesse ponto assim eu sou bem flexível, se eles vem me pedir folga, trocar plantão, eu faço o que eu puder para beneficiar eles. Mesmo na hora de montar a escala eu procuro não sobrecarregar, então quem ficou no mês mais sobrecarregado no outro mês eu mudo.”*

Essas estratégias propiciam a manutenção de bom relacionamento no trabalho entre os membros da equipe, favorecem a produtividade das ações, bem como permitem a adequação das necessidades às possibilidades do profissional.

#### 5.2.2 PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE SI

A percepção dos profissionais sobre o cuidado de si é abrangente, envolve as formas pelas quais se sentem ou não cuidados, os momentos em que interagem no local e ainda inclui alguns apontamentos sobre modificações que possibilitariam ou facilitariam esse cuidado da equipe no ambiente. Dessa forma, essa categoria contempla as subcategorias: Sensação de cuidado, Momentos de não-cuidado, Momentos de interação e Sugestões de mudanças.

### 5.2.2.1 Sensação de cuidado

Os profissionais referem que gostam de trabalhar na UTI em estudo, sentem-se bem no ambiente e ao realizar o seu trabalho. Tal sentimento está relacionado a: 1) clientela e especialidade atendidas (pediatria e cardiologia), com as quais os profissionais tem afinidade; 2) sensação de fazer a diferença, ter impacto na saúde das pessoas, poder auxiliar na sua recuperação e obter o retorno da suas ações com a melhora do cliente. As falas a seguir retratam esse sentimento.

*“Eu gosto assim do que eu faço assim, para mim, acho legal você estar cuidando, tendo esse cuidado, você vê a criança chegar mal, mal, de repente ela sai bem, com aquele sorriso no rosto assim. É muito, muito gratificante isso pra gente.”*

*“Eu gosto de cuidar das crianças; por exemplo, quando eu vejo que eu estou cuidando e uma criança sai daqui bem, aquilo me faz muito bem.”*

Os profissionais também se sentem bem e gostam de desempenhar as ações específicas da profissão, ter responsabilidade sobre o cliente sob seus cuidados, pertencer a uma equipe multiprofissional, poder expressar-se, colocar-se enquanto profissional, manifestando suas opiniões e observações acerca do cliente. Portanto procuram mostrar à equipe qual é o seu papel, posicionando-se em face das situações. Percebem que a equipe, em contrapartida, valoriza e reconhece seu papel no ambiente, bem como se interessa por sua opinião, propiciando visibilidade profissional e espaço para a expressão e aprendizado com os colegas, como demonstram as seguintes colocações.

*“Hoje você tem, digamos, autoridade para pedir para sedar uma criança, você pode dar palpite sobre o que você está achando do cliente, eu acho muito legal isso.”*

*“Eu sou vista aqui dentro, as pessoas sabem que eu sou a enfermeira, que eu sou a responsável, qualquer problema eles vêm falar comigo; então, acho que é um pouco de espaço que eu conquistei.”*

Além disso, nesse ambiente os profissionais percebem que têm a oportunidade de desenvolvimento científico, pois aprendem com os clientes e membros da equipe. Esse aprendizado faz com que se mantenham atualizados, dinâmicos e interessados no crescimento profissional. Assim, consideram que faz diferença trabalhar em uma equipe, pois há possibilidade de aprendizado com os diferentes membros da equipe, uma vez que cada um traz a sua contribuição, tem a sua opinião e visão sobre determinada questão. São pessoas diferentes, com opiniões, características e modos de agir próprios. Essa profissional descreve tal percepção.

*“Quando você trabalha perto de uma equipe, você aprende muito mais, porque tem uma opinião de vários profissionais, várias áreas diferentes, você acaba aprendendo muito mais.”*

Contudo, além do aprendizado científico, há também o aprendizado relacional, obtido por meio da convivência com a fragilidade humana, com os familiares dos clientes e com os colegas de trabalho. A troca de experiências, o contato estreito entre as pessoas e a sensibilidade para se aproximar, compreender e aprender com o outro permitem que as pessoas desenvolvam conhecimentos também sobre o ser humano e a vida, como exemplifica essa fala:

*“Então cada dia aqui, que você está aqui você está aprendendo, não só em nível científico, como em nível humano também. Que eu acho que é uma coisa que a gente aprende muito aqui dentro com essas mães, com essas crianças.”*

Esses fatores somados ao reconhecimento, valorização e realização profissional e aos relacionamentos interpessoais estabelecidos, fazem com que os profissionais se sintam cuidados no ambiente. Dessa forma, há zelo e nutre-se o cuidado entre os membros da equipe.

### 5.2.2.2 Momentos de não-cuidado

Embora a equipe tenha reconhecido que se sente cuidada no ambiente em determinados aspectos, percebe que, por outro lado, existem situações em que experimenta o inverso, ou seja, o não-cuidado.

Alguns profissionais relataram que na sua admissão enfrentaram dificuldades, pois não tinham experiência, os clientes eram graves e o ambiente demandava mais do que podiam oferecer no momento. Passaram um período adaptando-se e aprendendo a atuar no local. Nele contaram com o auxílio dos colegas e superaram as dificuldades e limitações. Atualmente percebem que sabem como agir e que contribuem com a equipe. A dificuldade inicial pode ser observada na colocação desse profissional.

*“No início para mim era muito difícil, eu chegava em casa assim, chegava mal. Um dia mesmo meu marido se assustou comigo, eu cheguei em casa chorando aos montes porque, no começo, então eu perdi uma criança que eu cuidei, sei lá, um mês, digamos assim, e eu perdi, então para mim aquilo foi um choque assim, eu me segurei o dia inteiro, na hora que eu cheguei em casa eu explodi, não queria falar com ninguém, só queria chorar, chorar.”*

A profissional mais recente da UTI aponta que também passou por dificuldades, ao iniciar seu trabalho no local. Sentia-se deslocada por ser nova, enfrentou resistência da equipe quanto à sua presença, prescrição e atuação no ambiente. Atualmente, no entanto, refere que o relacionamento está melhor, pois a conhecem, sabem seu nome, conversam e respeitam o seu trabalho. Além disso, a interação já envolve assuntos informais, o que demonstra certa intimidade e aceitação. Sua fala demonstra esse processo.

*“Olha no começo, acho que assim é uma equipe antiga e é todo o mundo muito integrado, então eu cheguei era uma pessoa nova, então o pessoal assim meio que não, não é ignoraram. Eu tava ali tudo, mas eu não era conhecida, não tinha conversado com ninguém e agora de uns tempos pra cá, está muito mais gostoso, porque todo mundo me conhece, sabe meu nome, então conversam, sabe, respeitam mais o trabalho.”*

Certos profissionais consideram não ter tempo para voltar-se para si. Atribuem essa falta de tempo ao ritmo do cotidiano e à quantidade de atribuições que têm. Dessa forma, não participam das atividades de relaxamento proporcionadas pela instituição, seu intervalo entre um trabalho e outro é curto, e muitas vezes não conseguem fazer uma refeição completa, nem sentar e descansar. Vivem em ritmo acelerado e com muitas obrigações por cumprir. Percebem que estão no limite de cansaço e sobrecarga; porém permanecem presos à rotina do dia-a-dia, como demonstra a seguinte fala.

*“Eu acho que o cansaço vem da correria mesmo, de você não ter às vezes um tempo pra parar, você não tem horário de almoço. Meu almoço é às vezes 20 minutos, quando dá, senão não é nem isso, é 10, que eu como um salgado e já continuo trabalhando. Então eu acho que é essa correria. Então eu sinto falta às vezes de um tempo, de você sentar, ficar uma hora, uma hora e pouco, de repente batendo um papo, conversando, trocando idéia, comendo alguma coisa, geralmente eu sinto falta.”*

Outro momento de não-cuidado apontado pela equipe foi a entrada de vários funcionários novos causada pela alta rotatividade de profissionais de enfermagem. Essa situação fez com que a equipe com maior tempo de atuação no ambiente ficasse sobrecarregada, uma vez que precisou ensinar e supervisionar os funcionários recém-admitidos.

Contudo reflexos dessa situação ainda são percebidos pelos profissionais, que ficam apreensivos, quando há troca na escala de distribuição dos boxes, pois não sabem se vão poder contar com o colega do lado ou se terão de supervisioná-lo. Os profissionais com maior tempo de atuação no ambiente se sentem responsáveis pelo colega novo que está ao seu lado e, com isso, acumulam atividades. Essa sobrecarga gera estresse, cansaço e desânimo na equipe de enfermagem. Uma profissional aponta essa situação.

*“Quando vira o mês você fica até meio assim com medo, porque você não sabe quem vai ficar do teu lado, se é uma pessoa com que você pode contar ou não. Porque nós estamos com, acho que metade, metade da equipe é gente nova, então você não pode deixar ele sozinho, porque se ele está do seu lado, bem ou mal você tem que estar auxiliando, e às vezes está corrido para você, e você tem que ajudar lá.”*

A maior parte dos profissionais que participou da pesquisa referiu sentir-se cansado após um turno de trabalho. O ritmo intenso de trabalho, vigilância constante, ausência de pausas ou intervalos para descanso fazem com que os profissionais experimentem exaustão física e mental. Muito dessa percepção está relacionada a como se deu o plantão; se foi agitado, complicado, com crianças críticas, intercorrências, essa sensação se torna exacerbada. Nesses casos, o profissional ainda não consegue desligar-se, esquecer as situações após deixar o ambiente e permanece preocupado com o cliente. As colocações abaixo refletem essa percepção.

*“Não é um plantão assim que a gente fica sentada, uma hora, duas horas examinou todas as crianças, resolveu tudo. Não, o tempo inteiro tem que ficar em cima, olhando, vendo se urinou, vendo se está com pressão boa, frequência boa, então é um plantão que você não pára, então fisicamente você cansa. E mentalmente você cansa também, porque você tem que ficar pensando, vê se precisa fazer eco, eletro, daí te ligam para discutir paciente que está em outro lugar. Então faz essa exaustão física e mental mesmo, depois de um plantão aqui eu fico cansada mesmo.”*

*“O plantão que foi muito complicado, eu chego, eu ligo depois de tarde, ligo de noite, e pergunto: como é que está o paciente? Está vivo? O que já foi discutido? Está bem? Então, não consegue desligar tão fácil assim, se o plantão é muito, com criança muito grave, que a gente ficou em cima o tempo inteiro, depois à noite eu sempre ligo para saber como é que está. Você não consegue desligar tão fácil assim.”*

Outros profissionais relataram que se sentem bem após a jornada de trabalho. Relacionaram essa sensação à satisfação que têm em realizar seu trabalho, à obtenção de retorno positivo de suas ações e à percepção de que seu dever foi cumprido. Essa oscilação de percepção entre cuidado e não-cuidado decorre dos diferentes fatores presentes no ambiente: por um lado proporcionam bem-estar e conforto aos profissionais e, por outro, fazem com que demandem mais de si do que recebem de retorno.

### 5.2.2.3 Momentos de interação

Há quatro principais momentos de interação no ambiente: o café da manhã, as trocas de plantão, momentos de atuação em conjunto e durante uma urgência ou emergência.

O café da manhã corresponde ao principal momento de interação da equipe. Os profissionais se dividem em pequenos grupos e vão ao refeitório ou à sala da administração para tomar o café e poder conversar sobre assuntos diversos. Eles se organizam também de tal modo que seja possível prolongar esse intervalo no trabalho, como descreve essa profissional.

*“É normalmente a gente sempre combina, vamos dois, três, pelo menos, a gente sempre combina. Então assim, na realidade a gente tem 15 minutos, mas a equipe já meio que se organizou e a gente faz meia hora de café, quando não está apurado. Então a gente já combina pra gente ter um pouquinho mais de tempo.”*

Os momentos de ajuda mútua são situações pontuais durante o turno, em que os profissionais necessitam do auxílio do colega para realização de atividade. Ocorrem de modo imprevisível durante a rotina e há sempre alguém disposto a colaborar. O mesmo ocorre em situações de emergência, em que os profissionais se mobilizam para prestar o atendimento necessário, independentemente da afinidade. O seguinte depoimento demonstra essa ação.

*“O que eu acho legal é se tem uma intercorrência todo o mundo está pronto para ajudar, e eu acho legal isso, a gente tem uma equipe mesmo, então não é assim, eu não gosto de você, então o teu paciente não vou me meter. Não, onde você estiver você vê que alguma criança está passando mal, você sai correndo e não quer nem saber se tem problema com colega ou não, o importante é a criança.”*

Durante a troca de plantão a interação se dá entre os membros dos diferentes turnos. Além de tratar dos dados dos clientes, eles conversam sobre assuntos informais. Há também interação dos profissionais do mesmo turno, por meio de brincadeiras e conversas. Esses ainda formam pequenos grupos, esperam



uns aos outros para sair do local juntos e, assim, poder interagir por mais alguns instantes. Esse momento se reveste de descontração.

#### **5.2.2.4 Sugestões de mudanças**

Em face das percepções do ambiente, os profissionais fazem indicações de aspectos a serem modificados no local. Entre os apontamentos está a necessidade de haver pausas no trabalho, para que possam restabelecer-se. Essas constituiriam momentos em que poderiam parar com suas atividades e descansar ou distrair-se por alguns instantes.

Além disso, consideram que as ações realizadas pela instituição deveriam ser ampliadas e não ficar restritas à realização do exame periódico e das atividades de relaxamento. Desse modo, referem que deveria haver equilíbrio entre o que é exigido do profissional e o que é proporcionado pela instituição. Uma profissional demonstra essa percepção ao referir.

*“Veja, acho que o único cuidado que a gente tem é fazer o exame periódico e acabou, a gente tem esses reiki, essas massoterapias, mas é uma coisa que parte de você, não é assim da tua equipe, sabe. De repente não sei o que poderia ajudar, assim sabe, ter um tempo pra gente.”*

Levantam a necessidade de haver descontração durante o trabalho. Apesar da gravidade dos clientes, consideram necessário que haja esses momentos, uma vez que eles servem como mecanismos de escape e alívio das tensões. Referem que, muitas vezes, pessoas externas, como os pais dos clientes, não compreendem essa necessidade. No entanto reforçam que tais momentos não significam que não se preocupam com os clientes, mas que também precisam de cuidados e se distrair para poder suportar a sobrecarga e exigências dos clientes e do ambiente. A colocação abaixo reflete essa necessidade.

*“Às vezes na UTI, com várias crianças entubadas, crianças graves, estamos contando piadas, estamos rindo e fazendo brincadeira um com o outro. E às vezes o pessoal que está de fora não consegue ver isso como uma coisa que a UTI precisa, o pessoal que trabalha assim, a gente precisa desses momentos de risadas, de descontração, porque senão... (...) Para aliviar a tensão, estresse. Eles acham assim, não sei,*

*eles ficam, às vezes pai fica com cara feia porque a gente conta uma piada, porque a gente fica rindo, não é porque a gente não se importa com a criança, mas é que precisa aliviar o estresse.”*

Consideram necessária a existência de um trabalho com toda a equipe para diminuir o estresse. Propõem a realização de atividades coletivas em que a equipe possa ter tempo para voltar-se para si. Enfatizam a necessidade de que esse trabalho seja coletivo e não envolva apenas o nível individual. Poderia ser trabalho em conjunto com psicologia, em que toda a equipe tivesse momentos para conversar, refletir, compreender-se. Contudo essa atividade deveria ser mais abrangente do que uma terapia de grupo. Seria um espaço de expansão, descobrimento do grupo no nível individual e coletivo. Os seguintes depoimentos expressam essa necessidade.

*“Eu acho que você deveria ter um tempo para você, não só cobrança, cobrança, cobrança. Fazer algo com a equipe toda.”*

*“É que as pessoas se envolvem tanto com o trabalho, sabe, que esquecem um pouquinho desse lado mais humano da coisa assim, de você precisar ter um pouco disso dentro da equipe. Que eu acho que a equipe vai desempenhar um pouco melhor o seu papel, se a equipe toda está mais tranqüila, é uma questão da equipe. Então, se existisse alguma atividade coletiva, que ajudasse a diminuir um pouquinho esse estresse, eu acho que seria bem interessante.”*

Essas colocações refletem a percepção que os profissionais têm sobre a necessidade de cuidado de si em nível coletivo. Consideram importante que haja momentos coletivos e não apenas ações pontuais e individuais; até apontam o impacto positivo que essas ações poderiam ter no cuidado com o cliente. Desse modo, reconhecem e valorizam a dimensão coletiva do cuidado e sugerem a criação de um ambiente de cuidado.

## 6 AS RELAÇÕES ENTRE O CUIDADO DE SI E O AMBIENTE DE TRABALHO EM SAÚDE

Por meio da análise dos dados foi possível apreender aspectos convergentes entre o cuidado de si e o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde; com isso estabelecerem-se algumas relações entre os temas. Tais relações podem ser evidenciadas pela ligação entre as categorias e subcategorias de cada eixo temático. Para que haja melhor compreensão dessa relação, será apresentada a conexão entre algumas subcategorias.

Quadro 7. A relação entre as subcategorias pertencentes às Estratégias de cuidado de si e as subcategorias do eixo temático Ambiente de trabalho

RELAÇÃO ENTRE AS SUBCATEGORIAS	
Eixo temático: <b><u>CUIDADO DE SI</u></b>	Eixo temático: <b><u>AMBIENTE DE TRABALHO</u></b>
Categoria: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE SI  Subcategoria: <b>Estratégias interpessoais relacionadas à equipe</b>	Categoria: ESTRUTURA SOCIAL  Subcategorias: <b>O grupo de trabalho</b> <b>Fatores facilitadores da interação</b>
Categoria: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE SI  Subcategoria: <b>Estratégias interpessoais relacionadas ao cliente</b>	Categoria: PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO  Subcategoria: <b>Características intrínsecas da UTI</b>

A subcategoria Estratégias interpessoais relacionadas à equipe, pertencente a categoria Estratégias de cuidado de si, está relacionada às subcategorias O grupo de trabalho e Fatores facilitadores da interação da categoria Estrutura social.

As características do grupo, como abertura, convivência diária, proximidade entre os membros da equipe, respeito pelo colega e ajuda mútua, contribuem para que as relações e interações desenvolvidas entre os profissionais sejam harmônicas e cordiais. Há o estabelecimento de uma forma de vínculo que permite que o relacionamento entre os membros ultrapasse os limites profissionais, envolva cumplicidade e solicitude e ocorra de maneira fluida. Esses fatores somados à possibilidade de dialogar, discutir, trocar experiências, verbalizar seus sentimentos e crescer em conjunto permite, além da formação de um canal de comunicação, que os profissionais se sintam cuidados no ambiente.

Essa percepção encontra consonância na idéia de qualidade de vida de Kanaane (1999, p. 49), que a considera diretamente relacionada às necessidades e expectativas humanas e a sua respectiva satisfação. Afirma que a qualidade de vida “corresponde ao bem-estar do individuo, no ambiente de trabalho, expresso através de relações saudáveis e harmônicas”. Campos (2005, p. 133), também reforça a importância de tais características ao mencionar a necessidade de a equipe encontrar “espaços de troca de cuidados mútuos, de apoio e acolhimento para que os vínculos de parceria e afinidade se consolidem”.

Sob outra perspectiva, o conhecimento técnico e científico, bem como o domínio da rotina da UTI possibilitam o posicionamento dos profissionais em face das situações. Eles se responsabilizam por suas ações, assumem as conseqüências, demonstram quanto estão de acordo ou não. Também valorizam o conhecimento e área de atuação dos demais membros da equipe. Desse modo, a visibilidade é componente presente e reflete a percepção de *self* individual e coletivo. No âmbito individual, o profissional se sente reconhecido e sabe que pode expressar suas opiniões e conhecimentos; no coletivo propicia o crescimento e aprendizado conjunto. O cuidado de si, conseqüentemente, está relacionado à valorização e reconhecimento do profissional, enquanto ser que conhece, posiciona-se e é responsável pelas suas ações.

Em apoio desses achados está o pensamento de Kanaane (1999) acerca da responsabilidade. Para ele a responsabilidade é o conjunto de valores introjetados pelo indivíduo e disseminados a partir de condutas comprometidas com o processo de trabalho. Considera que, ao se tornar responsável por suas ações, o profissional tem a capacidade de “discriminar entre condições prescritas pela organização e assumir o compromisso de intervir e posicionar-se como ator e autor do processo de trabalho” (KANAANE, 1999, p. 20). O autor aponta também o aspecto da cidadania, que significa a possibilidade de os profissionais exercerem seus direitos e se responsabilizarem por seus deveres e atos.

É possível perceber que as interações desenvolvidas no local são baseadas nos significados que a equipe atribui ao ambiente, aos membros da equipe e a si, ao trabalho e ao cuidado, ou seja, aos objetos e às situações com que se deparam. As ações, portanto, são pautadas no aspecto simbólico que têm e envolvem a interpretação dos gestos próprios e alheios, a percepção do local e as definições estabelecidas pelo indivíduo e pelo grupo. Dessa forma, o profissional define seu posicionamento e delinea suas condutas diante das situações.

O entrosamento da equipe ainda permite que haja momentos de descontração no ambiente, tornando a rotina menos cansativa. Com isso o ambiente se torna acolhedor e possibilita o cuidado de si na dimensão eu-outro. Logo, a UTI não é apenas ambiente de trabalho, mas também ambiente de expressão individual e coletiva, em que cada qual tem uma função definida e espaço para expor seus pensamentos, sentimentos, características e habilidades. Além disso, o respeito, a liberdade e espaço para se colocar, enquanto pessoa e profissional, evita a ocorrência de conflitos e atritos por questões pouco expressivas, bem como propicia que eles sejam resolvidos sem grandes transtornos e de maneira a contribuir com o crescimento pessoal de cada um.

Desse modo, o cuidado de si está relacionado à qualidade das relações interpessoais estabelecidas no ambiente e à possibilidade de expressão da pessoa enquanto ser humano de sensibilidade, e como profissional que utiliza o saber e o fazer com embasamento técnico e humano.

Nesse sentido, o cuidado de si poderia ser equiparado ao suporte social mencionado por Campos (2005). Para ele o suporte social “refere-se às relações

interpessoais, grupais ou comunitárias que emprestam ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar bem-estar psicológico e redução do estresse” (CAMPOS, 2005, p. 75). De acordo com o autor, o suporte social envolve três componentes fundamentais: emocional, relacionado ao sentimento de ser amado, cuidado e protegido; valorativo, relativo ao sentimento de reconhecimento e aceitação; comunicacional, ou seja, o sentimento de ser compreendido e de compartilhar informações.

Ainda em relação à categoria Estratégias de cuidado de si, observa-se uma intersecção entre as seguintes subcategorias: Estratégias interpessoais relacionadas ao cliente e Características intrínsecas da UTI, essa última pertencente à categoria Percepção do ambiente de trabalho. Essas subcategorias têm significativa relação, pois são co-dependentes.

Trabalhar em ambiente estressante, exigente e permeado por cobranças, com clientela instável que requer atenção constante, destreza, rapidez de raciocínio e ação, bem como atuar no limiar entre a vida e a morte, exigem do profissional sensibilidade e ao mesmo tempo desempenho técnico eficiente para conduzir com serenidade e maestria suas ações. Os profissionais consideram deter essas habilidades e essa percepção se reflete não apenas no atendimento adequado dos clientes, mas também na percepção de si, enquanto profissional que realiza atividade de impacto e ainda no sentimento de valorização e reconhecimento pelo seu esforço e desempenho.

No entanto, nesse ambiente com diversas fontes de pressões, o profissional também precisa encontrar mecanismos de preservação. As estratégias de cuidado de si adotadas, portanto, são certo grau de distanciamento afetivo dos clientes e desempenho técnico eficiente. O profissional percebe que precisa limitar seu envolvimento, mas não se abster completamente. Ele precisa e reconhece a necessidade de contato com o cliente, até mesmo porque aponta o cliente como elemento mais importante do ambiente e sabe que esse contato pode até fortalecê-lo. O ponto fundamental aqui é encontrar um equilíbrio no vínculo, porque, ao mesmo tempo que o profissional percebe que não pode se doar completamente, o que pode ao invés de beneficiar causar-lhe sofrimento, ele não pode ser indiferente.

Destaca-se aqui a correlação com os conceitos de *self* e assumir o papel do outro do Interacionismo Simbólico. À medida que a profissional percebe a si e ao outro, faz indicações para si, internaliza o processo e adota a ação que julga pertinente. Portanto, consegue conceber a si e ao outro, agir e interagir, e vislumbrar o outro a partir de sua posição e a si sob a ótica alheia.

O cuidado de si nesse aspecto está em perceber o seu limite e potencial; saber até onde consegue conduzir uma relação, de modo que possa dar e receber afeto e, assim, experimentar e proporcionar bem-estar, alegria e conforto. Está também na aplicação dos conhecimentos científicos, para que esses auxiliem o processo de recuperação e restabelecimento do cliente, o que, por sua vez, pode trazer ao profissional a sensação de satisfação e realização profissional.

Essa relação encontra similaridade nas concepções de Silva e Gimenes (2000) sobre o cuidador. Segundo os autores ao se cuidar e se preparar em sua área de competência, por meio do conhecimento e técnicas para seu crescimento, o profissional forma a base que utilizará para atuar sobre os clientes. Também enfatizam a necessidade de o cuidador estar ciente de seus talentos e fraquezas, porquanto, ao saber suas potencialidades, o profissional colocará o seu melhor à disposição dos clientes. Assim, referem que o profissional “consciente de suas fragilidades, preparar-se-á para superá-las, buscando nos recursos disponíveis respostas, equilibrando as próprias emoções, integrando experiências e expandindo sua consciência” (SILVA e GIMENES, 2000, p. 308).

Campos (2005) também contribui com essa percepção, ao entender que é desafio fazer com que o encontro entre o profissional e o cliente seja um momento significativo, circundado pelo afeto e desejo de cuidar e ser cuidado. Complementa que esse momento implica que os profissionais reconheçam os próprios limites e tenham sensibilidade para perceber as aflições e fragilidades dos clientes.

Quadro 8. A relação entre as subcategorias pertencentes às Percepções sobre o cuidado de si e as subcategorias do eixo temático Ambiente de trabalho

RELAÇÃO ENTRE AS SUBCATEGORIAS	
Eixo temático: <b><u>CUIDADO DE SI</u></b>	Eixo temático: <b><u>AMBIENTE DE TRABALHO</u></b>
<p>Categoria: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE SI</p> <p>Subcategoria: <b>Sensação de cuidado</b></p>	<p>Categoria: PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO</p> <p>Subcategoria: <b>Características intrínsecas da UTI</b></p> <p>Categoria: ESTRUTURA SOCIAL</p> <p>Subcategoria: <b>Fatores facilitadores da interação</b></p>
<p>Categoria: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE SI</p> <p>Subcategoria: <b>Momentos de não-cuidado</b></p>	<p>Categoria: ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO</p> <p>Subcategorias: <b>Estrutura institucional</b> <b>Estrutura local</b></p> <p>Categoria: PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO</p> <p>Subcategoria: <b>Fluxo e ritmo de trabalho</b></p>
<p>Categoria: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE SI</p> <p>Subcategoria: <b>Sugestões de mudanças</b></p>	<p>Categoria: PERCEPÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO</p> <p>Subcategoria: <b>Fluxo e ritmo de trabalho</b> <b>Características intrínsecas da UTI</b></p> <p>Categoria: ESTRUTURA SOCIAL</p> <p>Subcategoria: <b>O grupo de trabalho</b></p>



Na categoria Percepções sobre o cuidado de si se encontra uma relação entre a subcategoria Sensação de cuidado e as subcategorias Características intrínsecas da UTI (Percepção do ambiente de trabalho) e Fatores facilitadores da interação (Estrutura social).

O local em estudo tem como especificidade a prestação de cuidados intensivos à clientela pediátrica na área de cardiologia. É ambiente em que as ações profissionais demandam responsabilidade e prontidão, e a equipe possui experiência e preparo técnico para atuar. Os profissionais que aí atuam se afinam com essas características, gostam do trabalho que realizam, da especialidade e se sentem bem ao poder auxiliar no processo de recuperação do cliente. Desse modo, a equipe experimenta realização profissional e se sente valorizada. Esses aspectos somados à possibilidade de se posicionar, expressar, enquanto pessoa e profissional, fazer parte da equipe, discutir, fazem com que se sintam cuidados.

Batista et al (2005) encontraram resultados semelhantes ao estudarem os fatores de motivação e satisfação no trabalho de enfermeiras de uma instituição hospitalar. Levantaram que a remuneração não era o principal aspecto apontado pelos profissionais e que os fatores de satisfação estavam relacionados, de acordo com a prioridade, a: gostar do que fazem, bom relacionamento interpessoal da equipe, possibilidade de crescimento profissional, poder de resolutividade associado ao compromisso com o cliente e condições de trabalho.

A UTI também constitui em ambiente de aprendizado científico e humano. Os profissionais percebem que têm a possibilidade de atuar sobre diferentes patologias, auxiliando seres humanos a se restabelecerem, sempre respeitando sua singularidade. Esse aprendizado permite, além da atualização profissional e aperfeiçoamento das habilidades, o crescimento enquanto ser humano que aprende com o outro, ao lidar com situações que exigem sensibilidade, disposição e envolvimento.

Em consonância com os aspectos levantados se encontra o estudo dos elementos que interferem na motivação humana e sua relação com o trabalho de enfermagem de Pereira e Fávero (2001). Eles apontam que os elementos mais motivadores da equipe pesquisada estavam relacionados ao trabalho em si, ou seja,

à realização das ações de saúde, ao resultado e reconhecimento pelo trabalho, bem como ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Kanaake (1999, p. 58), após essas concepções, ao mencionar que a qualidade de vida “vem representada por condições facilitadoras que impliquem o bem-estar do funcionário, quanto ao alcance daquilo que ela busca como pessoa, como profissional, como ser social, enfim.”

A relação entre o ambiente de trabalho e o cuidado de si, portanto, se dá ao haver confluência entre o que o local oferece e o que o profissional espera obter dele, bem como pela possibilidade de desenvolvimento profissional e pessoal. Destaca-se, porém, que esses aspectos estão ligados principalmente às pessoas e às suas interações.

Tais elementos relacionais e sociais propiciam à equipe a percepção de cuidado de si e, assim, indicam uma ação coletiva resultante das interpretações e interações de seus membros. Essa ação de cuidado é derivada das diferentes ações individuais realizadas por cada membro, as quais se articulam e formam o substrato que permite sua efetivação. Os profissionais compartilham significados comuns e interagem de tal modo que suas diferentes ações repercutem e mantêm a dinâmica de cuidado.

A subcategoria Momentos de não-cuidado tem consonância com as subcategorias Estrutura institucional, Estrutura local e Fluxo e ritmo de trabalho. Diferentemente da subcategoria analisada anteriormente, o ambiente de trabalho, ao invés de favorecer o cuidado de si dos profissionais, propicia o seu não-cuidado.

O ambiente nesse aspecto se apresenta como local estressante, cuja rotina é intensa e desgastante. O ritmo de trabalho é acelerado, devido à quantidade de atividades a serem realizadas e ao grande fluxo de pessoas e serviços. As mudanças são rápidas e freqüentes, o ciclo de cobranças entre os profissionais faz parte do cotidiano, bem como não há as pausas ou intervalos de descanso. Assim, os profissionais percebem que não têm tempo para voltar-se para si durante a realização das atividades rotineiras e também se sentem cansados após um turno de trabalho.

Outros fatores apontados pelos profissionais foram a alta rotatividade de funcionários e a baixa remuneração, que conduziram à contratação de vários

profissionais. Porém esses profissionais, em sua maioria, eram recém-formados e passaram por curto período de treinamento e adaptação. As conseqüências desse processo foram a dificuldade na adaptação daqueles que entraram na instituição e sobrecarga de trabalho para os que já trabalhavam.

Em relação aos aspectos institucionais, há ainda a política de banco de horas para as horas extras, a demora no re-enquadramento funcional, a insuficiência de materiais e equipamentos e rodízio pouco freqüente de profissionais nos boxes. Somados a esses fatores estão a percepção de pouca autonomia e poder de decisão por parte dos profissionais. Todos os aspectos elencados fazem com que o profissional se sinta desrespeitado, desvalorizado e não-cuidado. Nota-se, portanto, que há dissonância entre o que a instituição oferece e exige do profissional com o que ele obtém de retorno.

De acordo com Kanaake (1999), o surgimento de conflitos, que nesse contexto podem ser considerados como situações de não-cuidado, estão diretamente relacionados ao processo de deterioração organizacional. Enfatiza que fatores acentuadamente destrutivos impedem o crescimento, o desenvolvimento e a saúde dos indivíduos e da organização a que pertencem. Além disso, o autor refere que o cotidiano de trabalho traz consigo contradições e ameaças à integridade, individual e grupal, os quais repercutem no ambiente direta ou indiretamente. Dessa forma, aponta que o equilíbrio organizacional depende do equilíbrio dos indivíduos e das relações estabelecidas entre estes e as organizações.

Observa-se um movimento contínuo de construir e atribuir significado as interações estabelecidas, e, conseqüentemente, ao ambiente de trabalho e ao cuidado de si. É a interação dos membros da equipe e também aquelas ocorridas em nível individual por meio dos processos mentais que permitem que as percepções acerca do cuidado de si sejam mantidas, modificadas ou reestruturadas. Essa característica também determina o caráter fluido que o cuidado de si apresenta para eles.

Por fim percebe-se uma relação entre a subcategoria Sugestões de mudanças e as subcategorias Fluxo e ritmo de trabalho e Características intrínsecas da UTI, pertencentes à categoria Percepção do ambiente de trabalho, e a subcategoria O grupo de trabalho da categoria Estrutura social.

Em face do ambiente ambíguo, em que o lado social beneficia o profissional e o institucional o desgasta, a equipe aponta a necessidade de mudanças. Dessa forma, consideram que os aspectos desfavoráveis do ambiente, como ritmo, fluxo e jornada de trabalho, que tornam o ambiente agitado e estressante, e a concentração de atividades no período matutino, podem ser contornados por meio de pausas durante as atividades e momentos de descontração. Tais ações funcionariam como mecanismo de escape e alívio das tensões; propiciariam o descanso e restabelecimento do profissional, que retornaria às suas atribuições renovado e reconstituído.

Os profissionais indicam ainda a necessidade de ações institucionais mais amplas e que envolvam todos os profissionais que atuam no ambiente, um cuidado coletivo. Esse cuidado poderia ser operacionalizado pelas características do grupo: proximidade, integração, convivência harmônica e permeada pelo respeito. Apesar das adversidades, os profissionais percebem que há disposição do grupo e possibilidade para modificar o ambiente em favor da equipe. Na realidade, percebe-se que a equipe busca a formação de um ambiente de cuidado, um espaço de partilha, de vivência coletiva que sustente e proveja as relações entre seus membros, possibilite a exteriorização de seus sentimentos e pensamentos, e amenize a tensão e o estresse.

Em face desses apontamentos, considera-se oportuno apresentar o pensamento de alguns autores sobre o tema. Kanaane (1999) afirma que não basta considerar as necessidades dos profissionais como determinantes de seu comportamento, mas também em que grau percebem as condições de trabalho como facilitadoras ou não, para o alcance de seus objetivos e de suas necessidades. Tendo em vista que as instituições podem atuar como “ambiente integrador e enriquecedor para as pessoas que nelas trabalham ou, contrariamente, podem desagregar-se e manipular as pessoas, que tendem a ser absorvidas pelas mesmas” (KANAANE, 1999, p. 59).

Campos (2005, p. 140-141) aponta: “um ambiente acolhedor, afetuoso e empático, vivenciado pela equipe de saúde no seu exercício cotidiano, contribui de maneira decisiva para o enfrentamento das tensões geradas pela prática profissional”. E Richmond, McCroskey e Payne (1991) complementam, ao referir

que quanto mais o ambiente é acolhedor, mais o indivíduo se sentirá confortável, relaxado e com vontade de permanecer no local. Desse modo, ambientes acolhedores tendem a encorajar a interação das pessoas.

De modo geral, pode-se perceber que todas as categorias estão relacionadas. No entanto as subcategorias que sobressaem são: Características intrínsecas da UTI, Fatores facilitadores da interação e O grupo de trabalho, pertencentes ao eixo temático Ambiente de trabalho. As particularidades da UTI, do grupo e das ações entre os profissionais se inter-relacionam de tal modo que, por vezes, permitem o cuidado de si e por outras o não-cuidado da equipe. Essa interface depende dos elementos a serem considerados e da relevância e intensidade com que eles são percebidos pela equipe.

Pode-se dizer que existe uma íntima relação entre o ambiente de trabalho e o cuidado de si dos profissionais. Os profissionais se sentem cuidados à medida que o ambiente, em termos social e estrutural, provê as condições e meios necessários para que os profissionais possam experimentar conforto, bem-estar, realização e valorização no âmbito profissional e pessoal, bem como possibilita a expressão de suas emoções e pontos de vista.

No entanto é necessário ressaltar que o ambiente a que se refere esse estudo não é apenas o espaço físico, embora ele exerça influência no cuidado. O destaque está nas interações estabelecidas, em nível individual, coletivo e institucional. Essas relações medeiam o atendimento das necessidades do ser humano, as trocas e momentos em conjunto, o equilíbrio entre as exigências e o retorno obtido com as ações e o oferecimento de oportunidades ou barreiras pela instituição. Portanto, as ações e interações desenvolvidas pela equipe apresentam um aspecto simbólico marcante e influenciam o modo como percebem o ambiente de trabalho e o cuidado ou não de si.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, por um lado o trabalho, é motivo de prazer e sofrimento, o ambiente de trabalho em saúde é fator de cuidado e não-cuidado para os profissionais que nele atuam. Como o trabalho, o ambiente de trabalho apresenta um viés que ao mesmo tempo promove o cuidado e não o favorece: é a vivência de um paradoxo.

Essa ambigüidade se contempla devido aos elementos envolvidos no processo. Enquanto os aspectos estruturais e organizacionais cerceiam as ações e não proporcionam os recursos necessários para que o profissional se sinta cuidado em seu local de trabalho, os aspectos relacionais e humanos que envolvem as ações cotidianas agem de modo inverso.

Nesse sentido, o modelo organizacional tem importante impacto no cuidado de si dos profissionais de saúde. Ele dita os fatores condicionantes que terão que enfrentar no seu cotidiano: suportes e políticas institucionais, recursos disponíveis, carga e ritmo de trabalho, benefícios concedidos, relações de poder, sem falar do modo como todos esses vão refletir-se em suas ações profissionais e em si, enquanto seres humanos.

O cuidado de si, portanto, está relacionado principalmente às relações interpessoais, tanto em nível individual como coletivo. Envolve os modos de ser, agir, pensar agregados à expressão e reconhecimento desses pelos outros seres humanos. Desse modo, a interação constante das pessoas representa um processo de construção em que cada um busca no outro e em si o fortalecimento e nutrição.

O ambiente social e relacional pode amenizar os aspectos estruturais; porém a instituição não deve esperar que por si esse mecanismo funcione; ela deve oferecer condições e suporte aos profissionais. A contenção de despesas e obtenção de lucros são os objetivos de qualquer prestador de serviço; porém fazer isso às custas do desgaste e sofrimento dos profissionais que atuam no local é nocivo, desumano e cruel. Nenhum profissional desgastado, desvalorizado e não reconhecido vai produzir ou se dedicar à instituição do modo como ela gostaria. A exploração e menos valia não deve ser o lema institucional para com seus colaboradores.

É importante ressaltar a forte característica resiliente dos profissionais de saúde, ou seja, a capacidade de continuamente responder de modo positivo, adaptar-se e se reconstituir em face das adversidades. Eles buscam alternativas internas e interpessoais para reagir a um ambiente com aspectos desestruturantes. Utilizam estratégias para minimizar seu sofrimento e aumentar a satisfação e reconhecimento, em nível pessoal e profissional. Há uma presente ação-reação que resulta em interação realizada pelos profissionais de saúde, no sentido de buscarem construir laços apesar das contradições que o ambiente de trabalho lhes acarreta. Estes movimentos apontam a intrínseca necessidade de cuidado de si e estratégias para concretizá-lo.

Ressalta-se que essa pesquisa reflete as particularidades de um ambiente de saúde específico e singular, bem como as concepções dos profissionais envolvidos em um tempo histórico delimitado. Portanto as considerações aqui tecidas se aplicam ao local pesquisado, podendo ser corroboradas ou refutadas em sua totalidade ou em partes em outros contextos.

Além disso, este estudo buscou enfatizar o aspecto relacional do ambiente de trabalho, dimensão dificilmente explorada nas pesquisas em saúde. Embora cada dimensão possua significativa importância e deva ser considerada, ao mudar o foco de atenção se pretendeu valorizar o aspecto humano do trabalho e com isso contribuir para ampliação da compreensão desse ambiente. Assim, esta pesquisa representa para a pesquisa em saúde a compreensão do ambiente de trabalho sob perspectiva diferenciada, contribui para a construção do conhecimento acerca da temática, reforça a viabilidade da utilização dos processos preconizados pela Teoria Fundamentada nos Dados para a interpretação dos dados e fornece subsídios teóricos para a realização de novos estudos.

Para instituição de saúde pesquisada apresenta as estratégias de cuidado de si utilizadas pela equipe e que podem ser potenciadas, enseja a visualização dos aspectos que fazem parte do seu cotidiano e os influenciam negativa e positivamente, propiciando assim indicadores para a proposição de ações condizentes, e aponta a necessidade de readequações na sua configuração, de modo a possibilitar o cuidado de si e a criação de um ambiente de cuidado, conforme almejado pelos profissionais.

A contribuição para a assistência em saúde está no reforço da importância das interações no cotidiano, bem como da necessidade de formação de ambientes de cuidado. Desse modo, os profissionais precisam acreditar em seu potencial, na possibilidade de viver em conjunto de forma igualitária e harmônica no ambiente de trabalho. A disputa, desconfiança e desentendimentos podem ceder lugar para o compartilhar, ao aprender a viver com o outro, apesar das diferenças. Os líderes locais precisam potenciar essas características do grupo e incitar a criação de ambientes de cuidado.

A formação de ambientes de cuidado é coletiva e precisa partir do interesse da equipe. A sua concretização depende dos esforços individuais de cada membro, no sentido de colaborar, interagir e contribuir para o crescimento do grupo, adotando ações condizentes com o objetivo coletivo e mantendo as ligações entre as partes. Depende também do coletivo e institucional, ao propiciar as condições para o desempenho profissional, ao permitir a formação de redes, ao formar o substrato que nutrirá o coletivo e cada pessoa.

No entanto um ambiente de cuidado não pressupõe a inexistência de conflitos, mas a possibilidade de superá-los de modo construtivo, propiciando a preservação dos envolvidos e reestruturação das condições que não são favoráveis. A Enfermagem tem muito que contribuir para a formação desses ambientes, pois tem o cuidado como objeto de atuação profissional. Além disso, tem posição estratégica na equipe, funcionando como elo dos diferentes membros da equipe e também entre eles e os clientes.

Assim, faz-se necessário aflorar e fortalecer ambientes de cuidado nas instituições. Com isso retomam-se os valores humanos básicos nas relações: amor, respeito, solidariedade, igualdade, consideração. Afinal, conviver com o outro, de forma harmônica e que possibilite o crescimento mútuo, é de necessidade; haja vista tantas outras adversidades já experienciadas pelos seres humanos em sua vida diária. Porém se destaca que esse contato deve ser autêntico, de modo a buscar a reciprocidade: as pessoas precisam estar dispostas verdadeiramente a viver o cuidado em suas características fundamentais.



## REFERÊNCIAS

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 2005.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Londres: University of California Press, 1969.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, cap. 5, p. 89-116.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 3. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1989.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

COUtrin, R. M. G. S.; FREUA, P. R.; GUIMARÃES, C. M. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486-494, out./dez. 2003.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas: com ênfase em comunicação**. São Paulo: Futura, 2001.

DUNNING, D. The relation of self to social perception. In: LEARY, M. R.; TANGNEY, J. P. (Ed.). **Handbook of self and identity**. New York: The Guilford Press, 2003, cap. 21, p. 421-441.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, n. 31, v. 2, p. 219-226, ago. 1997.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária UFPel, 1996.

ERZINGER, A. R.; TRENTINI, M. Enfermeiras e enfermeiros frente aos desafios no início da carreira profissional. **Rev Téc-cient Enferm**. Curitiba, v. 1, n. 5, p. 332-339, set./out. 2003.

FERREIRA, L. C. Organização e relações de trabalho. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 461-469, out./dez. 2003.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GELBCKE, F. L. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002, cap. 5, p. 199-227.

GELBCKE, F. L.; REIBNITZ, K. S. Empregabilidade: perda ou reconquista da cidadania? In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002, cap. 3 p. 149-173.

GHIORZI, A. R. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HAY, L. **Aprendendo a gostar de si mesmo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

JOAS, H. Interacionismo simbólico. In: GIDDENS A.; TURNER J. **Teoria social hoje**. São Paulo: UNESP, 1999. p. 127-174.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações**: o homem rumo ao século XXI. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. Florianópolis, 2000. 222 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. **Vidya**. Santa Maria, v. 32, jul./dez. 1999.

LACERDA, M. R. et al. **O cuidador profissional e o cuidado de si**. Curitiba, 2003. 15p. Projeto de pesquisa (Iniciação Científica) – Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

LEARY, M. R.; TANGNEY, J. P. The self as an organizing construct in the behavioral and social sciences. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Handbook of self and identity**. New York: The Guilford Press, 2003, cap. 1, p. 3-14.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem**: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande do Sul: FURG, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARÍN LEÓN, L.; IGUTI, A. M. Saúde em tempos de desemprego. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, cap. 12, p. 239-258.

MARTINS PEREZ, J. **Dialética do trabalho e sociedade brasileira**. Disponível em: <<http://www.cra.rj.org.br/dramatiz-i.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2002.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1997. 24 p.

NASCIMENTO, A. E.; BARBOSA, J. P. **Trabalho**: história e tendências. 3. ed. São Paulo: Ática, 2001.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, cap. 3, p. 51-66.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 133-137, maio/ago. 2002.

NODDINGS, N. **O cuidado**: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

OLINISKI, S. R. **Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho**: uma proposta de ação. Curitiba, 2004. 60f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, jul. 2001.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livro, 1999, cap. 2, p. 25-48.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *burnout*. Florianópolis: UFSC, 2001. (Teses em Enfermagem, 28).

\_\_\_\_\_. Self. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1999, cap. 5, p. 192-195.

\_\_\_\_\_. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira. Goiânia: AB, 1998.

REHFELDT, K. H. G. **Competência social no trabalho do futuro e no futuro do trabalhador**: o caminho natural para a liderança. Blumenau: Edifurb, 2003.

REINERS, A. A. O. *Grounded theory*: opção metodológica para a enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, n. 6, v. 2, p. 370-376, dez. 1998.

RICHMOND, V. P.; McCROSKEY, J. M.; PAYNE, S. K. **Nonverbal behavior in interpersonal relations**. 2. ed. New Jersey: Prentices Hall, 1991.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SANTIN, S. Ética e estética na educação e na saúde. In: POLAK, Y, N. S.; KALEGARI, D. R. G.; JOUCLAS, V. M. G. **Saúde do adulto**: um enfoque multidisciplinar. Curitiba: Pinha, 1997, p. 27-55.

SANTOS, N. Q. A arte do cuidado, a ecologia e o desenvolvimento sustentável. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002, cap. 3, p. 55-86.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. L. **Field research**: strategies for a natural sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SILVA, R. F.; ERDMANN, A. L. Ambiente de cuidado: dimensão ecológica. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 72-82, set./dez. 2002.

SILVA, M. J. P.; GIMENES, O. M. P. V. Eu – o cuidador. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 306-309, jul./ago. 2000.

SILVA, M. R. S.; SANTOS, S. S. C. A saúde no contexto do desenvolvimento sustentável. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002, cap. 1, p. 13-35.

SOUTO, D. F. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2003.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. California: Sage, 1990.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. R. Bem-estar humano e sua influência na saúde. In: CIANCIARULLO, T. I. CORNETTA, V. K. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002, cap. 2, p. 127-148.

VIEIRA, L. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A. O estresse ocupacional em enfermeiros. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, cap. 10, p. 209-230.

WAGNER J. Os cenários do trabalho no Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 451-460, out./dez. 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I. IDENTIFICAÇÃO

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional no ambiente em questão: \_\_\_\_\_

Carga horária realizada na instituição: \_\_\_\_\_

#### II. QUESTÕES GUIAS

1. Relate um dos seus dias de trabalho (ações realizadas, interações estabelecidas, dificuldades e facilidades apresentadas).

2. De que forma percebe o ambiente de trabalho?

3. Como é para você trabalhar nesse ambiente? O que significa?

4. Como se percebe neste ambiente? (papel desempenhado, participação, envolvimento)

5. Como se processam as relações neste ambiente? Como é o relacionamento entre os membros da equipe?

6. Como você se sente nesse ambiente?

7. Como você age diante de situações de dificuldade?

8. Você se sente cuidado nesse ambiente?

9. O que é importante para você nesse ambiente? O que tem impacto?

10. Deseja fazer alguma colocação pertinente?



## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Ações e interações dos profissionais de saúde com o ambiente de trabalho e o cuidado de si”, estudo que busca compreender como os profissionais da saúde vivenciam as ações e interações no ambiente de trabalho e no cuidado de si.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio da permissão em ser observado pelo pesquisador em seu ambiente de trabalho no desempenho de suas atividades cotidianas e/ou ainda por meio de concessão de entrevista.

A pesquisadora Samantha Reikdal Oliniski, telefone XXXX-XXXX, coloca-se disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo, responsabiliza-se pelo desenvolvimento da pesquisa e pela guarda do material coletado durante a observação e entrevista, que poderá ser acessado pelo participante mediante solicitação.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicarão nenhuma sanção em suas atividades laborais.

Os demais aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo. A explicação que recebi foi suficientemente clara para que aceitasse participar voluntariamente. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu desempenho profissional.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Samantha R. Oliniski (pesquisadora)