

Doação: 22.12.95

WILSON DANILO LUNARDI FILHO

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO:
CONTRIBUIÇÕES À ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA
ENFERMAGEM**

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

UFRGS
Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral
Av. João Pessoa, 52
90040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

Porto Alegre

1995

**Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO:
CONTRIBUIÇÕES À ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA
ENFERMAGEM**

Wilson Danilo Lunardi Filho

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Administração da Faculdade de Ciências
Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Administração.**

Área de Concentração: Organizações

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Mazzilli
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Porto Alegre

1995

Dissertação defendida e aprovada, em _____, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Cláudio Mazzilli - Presidente

Prof. Dr. Geraldo Ronchetti Caravantes

Profa. Dra. Marilu Fontoura de Medeiros

Profa. Dra. Maria Tereza Leopardi da Rosa

À **Valéria**, minha mulher e mãe de meus filhos; exemplo de competência e fonte de sugestões e estímulo; minha companheira, nos momentos de sofrimento e prazer.

Aos meus filhos **Guilherme, Cristina, Ingrid e Mônica**, prazeres que se eternizam a cada novo amanhecer.

Aos **trabalhadores da enfermagem**, como estímulo a que se mantenham empenhados no cuidado de outrem, mas que busquem espaço para o cuidado de si.

AGRADECIMENTOS

Ao Cláudio Mazzilli, pela valiosa e competente orientação e, principalmente, pela liberdade, interesse, crítica ao meu trabalho e respeito à minha pessoa, em todos os momentos.

À Valéria Lerch Lunardi, pela compreensão, disponibilidade e ajuda, nos momentos críticos, e pelo estímulo e manifestações de alegria, quando de sua superação.

À Marlene Teda Pelzer, minha colega de disciplina, que, prontamente, assumiu minhas atribuições docentes, possibilitando minha liberação para a realização do mestrado.

À Dra. Marilu Fontoura de Medeiros, pela atenção às minhas solicitações e auxílio às minhas dificuldades, quando do início da construção da proposta desta dissertação e pelas contribuições e críticas construtivas, durante sua defesa e aprovação.

Ao Dr. Geraldo Ronchetti Caravantes, pelas críticas e comentários emitidos, quando da defesa da proposta da presente dissertação, cujo teor estimulante contribuiu como forte motivador para sua realização.

À Neusa Rolita Cavedon, pela cordialidade, gentileza e disponibilidade, permitindo a existência de um tempo para "jogar conversa fora" e a emergência de sentimentos de se "ser de casa", no PPGA.

Aos Professores do PPGA que colaboraram para este momento, em especial aos professores Paulo César Motta, pela amizade e interesse, e Rosinha Carrion, pelos primeiros contatos com textos de Christoph Dejours, impulsionadores do interesse pela temática da presente dissertação.

Ao Prof. Dr. Francisco Araújo Santos, Coordenador da Área de Organizações do Mestrado em Administração do PPGA.

Aos meus colegas de turma de mestrado, pela acolhida e manifestações de amizade e carinho que permearam todos os momentos de convívio.

Aos funcionários do PPGA, pela cordialidade, presteza e atenciosidade, durante as situações nas quais se fizeram necessários ou solicitados.

Às enfermeiras e auxiliares de enfermagem que, prontamente, aceitaram participar deste estudo, sem as quais este trabalho não teria se construído.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro oportunizado, tornando menores as dificuldades e privações e mais fácil a concretização do presente estudo.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa, seja por gesto, palavra, pensamento ou intenção.

"... a realidade do trabalho é um terreno propício para jogar e re-jogar com o sofrimento, na esperança de que esse desemboque nas descobertas e nas criações socialmente, e mesmo humanamente, úteis. Com efeito, é então e somente então, que o *sofrimento adquire um sentido*. A criatividade confere sentido porque ela traz, em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento e identidade" (Dejours, 1993, p. 160).

LISTA DE FIGURAS

1 - Organograma do Hospital	83
2 - Modelo Analítico da Pesquisa	89

LISTA DE TABELAS

1 - Demonstrativo de distribuição quanto ao Sexo	93
2 - Demonstrativo de distribuição quanto à faixa etária	94
3 - Demonstrativo de distribuição quanto ao estado civil	95
4. Demonstrativo de distribuição quanto ao número de dependentes	95
5 - Demonstrativo de distribuição quanto à escolaridade dos enfermeiros.	96
6 - Demonstrativo de distribuição quanto à escolaridade dos aux. enfermagem	96
7 - Demonstrativo de distribuição quanto ao turno de trabalho	97
8 - Demonstrativo de distribuição quanto ao tempo de serviço na área	98
9 - Demonstrativo de distribuição quanto ao tempo de serviço na instituição....	98
10 - Demonstrativo de distribuição quanto ao setor ou local de atuação	99
11 - Demonstrativo de distribuição quanto ao número atual de empregos	100
12 - Demonstrativo de distribuição quanto à faixa salarial	100

LISTA DE QUADROS

1 - Processo de derivação da categoria intermediária "O Hospital Universitário como local de Trabalho"	189
2 - Processo de derivação da categoria intermediária "A Dimensão Coletiva e Construtiva do Trabalho Hospitalar	193
3 - Processo de derivação da categoria intermediária "Dificuldades e Impossibilidades de Realizar o Trabalho: Repercussões sobre o Trabalhador"	200
4 - Processo de derivação da categoria intermediária "O Trabalho como Mediador de Realização Pessoal e Profissional" .	204
5 - Processo de derivação da categoria intermediária "Os Meios para Viabilizar o Trabalho: Impacto sobre o trabalhador da Área"	208
6 - Processo de derivação da categoria intermediária "O Trabalho da Enfermagem : Ideal e Real"	214
7 - Processo de derivação da categoria intermediária "A Ação Administrativa: Influências sobre o Trabalho e o trabalhador"	220
8 - Processo de derivação da categoria intermediária "Influências do Trabalho nas Necessidades e na Vida Pessoal e Privada do Trabalhador"	228
9 - Processo de derivação da categoria final "O Trabalho em Si".....	235
10 - Processo de derivação da categoria final "A Organização do Trabalho"	242
11 - Processo de derivação da categoria final "As Condições de Trabalho".....	255

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMB. - Ambulatório

AUX. ENF. - Auxiliar de Enfermagem

ENF. - Enfermagem

CC - Centro Cirúrgico

CL. CIR. - Clínica Cirúrgica

CL. MÉD. - Clínica Médica

CME - Centro de Material e Esterilização

CO - Centro Obstétrico

DIV. - Divisão

HU - Hospital Universitário

LAB. - Laboratório

MAT. - Maternidade

PED. - Pediátrica

OBST. - Obstétrica

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SUPERV. - Supervisão

UI - Unidade de Internação

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO 1

ANÁLISE EVOLUTIVA DO SIGNIFICADO DO TRABALHO 4

1.1 - A DEFINIÇÃO DE TRABALHO 5

1.2 - A ORIGEM DO TRABALHO 6

1.3 - O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA 9

1.4 - O PROCESSO DE DIVISÃO DO TRABALHO 13

1.5 - A ANÁLISE DEJOURIANA DO TAYLORISMO 17

1.6 - A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO 20

1.7 - CONCLUSÕES 23

CAPÍTULO 2

A ORGANIZAÇÃO E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO:
IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO PRAZER, SOFRIMENTO E TRABALHO 24

2.1 - O PAPEL DO TRABALHO NA SOCIEDADE ATUAL 25

2.2 - A ABORDAGEM DEJOURIANA DO TRABALHO 29

2.3 - A DICOTOMIA SOFRIMENTO E PRAZER 31

2.4 - A ORGANIZAÇÃO DEJOURIANA DO TRABALHO 37

2.5 - O TRABALHO NA ÁREA DA ENFERMAGEM 40

2.5.1 - A Evolução da Enfermagem Moderna 42

2.5.2 - O Trabalho em Si da Enfermagem 45

2.5.3 - A Imagem Profissional na Área da Enfermagem 50

2.6 - A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL 52

2.6.1 - O Trabalho Hospitalar 56

2.6.2 - O Serviço de Enfermagem Hospitalar como Organização Social 61

2.6.2.1 - A Burocratização da Enfermagem e do Trabalho do Enfermeiro 63

2.6.2.2 - Condições e Meios de Trabalho da Enfermagem 69

2.7 - CONCLUSÕES 76

CONCLUSÃO GERAL DOS CAPÍTULOS 1 E 2 77

CAPÍTULO 3

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	78
3.1 - PROBLEMÁTICA GERAL	79
3.2 - O PROBLEMA DE PESQUISA	80
3.3 - OBJETIVO GERAL	81
3.4 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	81
3.5 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO OBJETO DE ESTUDO	82
3.6 - METODOLOGIA DA PESQUISA	84
3.6.1 - Os Instrumentos da Coleta dos Dados	85
3.6.2 - O Método de Análise dos Dados	85
3.6.2.1 - Fundamentos da Análise de Conteúdo	87
3.6.3 - O Modelo Analítico da Pesquisa	89
3.7 - CONCLUSÕES	90

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	91
4.1 - A COLETA DOS DADOS	92
4.2 - A DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	93
4.3 - A ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS: SEQÜÊNCIA DE PASSOS	101
4.4 - A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	102
4.4.1 - Categorias Iniciais	103
1 - A Motivação Para o Trabalho	103
2 - O Resultado do Trabalho Desenvolvido	105
3 - O Reconhecimento pelo Trabalho Realizado	108
4 - A Remuneração pelo Trabalho	110
5 - Características do Setor de Trabalho	112
6 - O Relacionamento Interpessoal no Ambiente de Trabalho	115
7 - A Normatização do Trabalho	119
8 - Os Recursos para Realizar o Trabalho	121
9 - As Prioridades no Trabalho	128
10 - As Decisões da Administração	129
11 - Sentimentos de Culpa	131
12 - Formas de Resistência	133
13 - A Visão Idealizada da Enfermagem	134

14 - Jornada de Trabalho x Volume de Trabalho	137
15 - O Trabalho Coletivo	141
16 - Críticas e Comentários ao Trabalho Realizado	149
17 - A Postura Administrativa dos Órgãos de Direção	152
18 - O Corpo como Instrumento de Trabalho e a Otimização do Tempo	157
19 - O Significado do Trabalho	160
20 - A Empatia e o Envolvimento	161
21 - Percepções e Expectativas em Relação às Chefias	163
22 - Dilemas e Situações Conflitantes	167
23 - A Realização Profissional	169
24 - As Reuniões de Trabalho	170
25 - Expectativas em Relação ao Futuro	173
26 - O Hospital como Formador de Recursos Humanos	175
27 - A Proteção no Trabalho	177
28 - As Repercussões do Trabalho Sobre o Corpo e Outros Aspectos da Vida	180
29 - As Características do Trabalho	183
4.4.2 - Categorias Intermediárias	189
I - O Hospital Universitário Como Local de Trabalho	189
II - A Dimensão Coletiva e Construtiva do Trabalho Hospitalar	193
III - Dificuldades e Impossibilidades de Realizar o Trabalho: Repercussões sobre o Trabalhador	200
IV - O Trabalho como Mediador de Realização Pessoal e Profissional	204
V - Os Meios Para Viabilizar o Trabalho: Impacto sobre o Trabalhador da Área	208
VI - O Trabalho da Enfermagem: Ideal e Real	214
VII - A Ação Administrativa: Influências sobre o trabalho e o trabalhador	220
VIII - Influências do Trabalho nas Necessidades e na Vida Pessoal e Privada do Trabalhador	228
4.4.3 - Categorias Finais	234
O Trabalho em Si	235
A Organização do Trabalho	242
As Condições de Trabalho	255
4.5 - CONCLUSÕES	263
CAPÍTULO 5	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	264
5.1 - DOS RESULTADOS AO REFERENCIAL TEÓRICO	265
BIBLIOGRAFIA	284

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva que tem como questão norteadora a busca de fatores implicados na gênese do prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem, apoiando-se, fundamentalmente, nas contribuições de Christoph Dejours. Os dados foram coletados por meio de um roteiro, com questões fechadas, e entrevistas semi-estruturadas, com dezoito profissionais, representantes das categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, de um Hospital de uma Universidade Pública Federal do Estado do Rio Grande do Sul. Para a análise das respostas às questões das entrevistas, utilizou-se a metodologia da análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. Os resultados são apresentados em três conjuntos de categorias: vinte e nove Categorias Iniciais, posteriormente reagrupadas em oito Categorias Intermediárias e, por último, sintetizadas nas Categorias Finais: O Trabalho em Si, A Organização do Trabalho e As Condições de Trabalho. Detectou-se a existência do prazer e do sofrimento no trabalho da enfermagem, suas localizações e o que os motivam. O Trabalho em Si, apesar do sofrimento que contém, possibilita a vivência de um prazer real e concreto. Grande parte do sofrimento do trabalhador decorre da Organização do Trabalho e, especialmente, das Condições de Trabalho, de modo real, dramático e quase absoluto, sendo que o prazer, com raríssimas exceções, manifesta-se condicionado a algum fator, na maioria das vezes, inexistente, portanto, numa possibilidade futura, como expectativa de prazer. O conhecimento dos fatores implicados na gênese do prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem abre possibilidades de mudanças e repercussões positivas na vida do trabalhador e na vida daqueles com quem estabelece relações e vínculos.

ABSTRACT

This is a descriptive exploratory research, guided towards the finding of factors linked to the genesis of pleasure and suffering within nursing work. It has been based mainly on contributions exacted from Christoph Dejours. Data were collected using a list with closed questions and semi-structured interviews, among 18 professionals. They represented the categories of nurse and nurse auxiliary at teaching hospital affiliated to a Federal State University in the province of Rio Grande do Sul. To interpret interview answers, the contents analysis methodology was employed in the modality of theme analysis. Results are offered under three category sets: 29 Inicial Categories, later on grouped as 8 Intermediate Categories which were then synthesized as the Final Categories of The Work Itself, The Work Organization and The Working Conditions. Pleasure and suffering were detected within nursing work, their locations and their motivating forces. Work in Itself, in spite of its ingrained suffering, allows for the enjoyment of an actual and concrete pleasure. A great amount of a worker's suffering comes as a consequence of Work Organization and, particularly, of Working Conditions in a real, dramatic and almost absolute way, whereas pleasure, with very few exceptions, makes itself present conditioned to a given factor. In this way, it becomes inexistent, as an expectative of pleasure in a future possibility. Knowledge of those factors implied on the genesis of pleasure and suffering within the nursing work context opens possibilities for positive changes and effects on a worker's life, as well as on the life of those with whom he/she comes to establish relationships and connections.

INTRODUÇÃO

O trabalho pode se constituir num elemento de fundamental importância para a análise do ser humano e de sua relação com o mundo material e com sua vida psíquica, pois, através dele, o indivíduo relaciona-se com o meio externo. É por meio do trabalho que o ser humano busca atender suas necessidades, em outras palavras, busca prazer e evita o sofrimento.

O trabalhador não apenas trabalha. Ele vive e convive com outras pessoas, dentro e fora de seu local de trabalho. Estas vivências, no seu ambiente de trabalho, interferem na sua vida como um todo, pois repercutem no ambiente social e doméstico determinando a qualidade de suas relações. Nessas vivências e práticas cotidianas, é que as formas contraditórias de vivenciar os elementos satisfatórios e causadores de sofrimento no trabalho se expressam.

Portanto, a relação prazer, sofrimento e trabalho foi o objeto deste estudo que procurou estabelecer as implicações do trabalho em si, de sua organização e das condições oferecidas para seu desenvolvimento nos sentimentos de prazer e sofrimento dos trabalhadores, na área da enfermagem.

A relevância do presente estudo reside em buscar identificar fatores que, na prática e vivências do cotidiano, constituem-se em causa de sofrimento e prazer no trabalho, podendo o conhecimento de tais fatores significar possibilidades de mudanças e repercutir positivamente, tanto na vida do trabalhador, como na daqueles com quem estabelece relações e vínculos.

Para alcançar esta finalidade foi realizada uma investigação, que teve na expressão do trabalhador seu ponto de destaque, fundamentando-se nas contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

O presente estudo foi realizado em instituição hospitalar pública, do Estado do Rio Grande do Sul, mantido por uma Instituição Federal de Ensino Superior, caracterizando-se, portanto, como um Hospital Universitário.

A pesquisa foi desenvolvida com vistas ao alcance dos seguintes objetivos: a) identificar fatores que, na percepção de profissionais de enfermagem, têm implicações na gênese do prazer e do sofrimento no trabalho; b) caracterizar os entrevistados das categorias "enfermeiro" e "auxiliar de enfermagem que trabalhavam, à época, no referido hospital, cuja aquiescência em participar possibilitou a realização desse trabalho de pesquisa e; c) identificar possíveis convergências e divergências de percepção do prazer e do sofrimento no trabalho, decorrentes das características evidenciadas. A exposição do presente estudo está dividida em cinco capítulos, a seguir apresentados:

No capítulo 1, são apresentados aspectos gerais sobre o trabalho, sua divisão e organização. São resgatados aqueles pontos mais significativos para compreensão do impacto da divisão do trabalho e da organização do trabalho sobre o trabalhador, no que diz respeito a sua (des)qualificação, tornando-o cada vez mais sujeito a se tornar prescindível e nas repercussões sobre sua saúde, tanto física quanto mental. São enfatizadas, principalmente, as contribuições de Christophe Dejours (1992, 1993, 1994a, 1994b) à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

No Capítulo 2, são apresentados aspectos relativos ao papel social atual do trabalho, ressaltando seu caráter fundamental na construção da subjetividade e como fator de equilíbrio e desenvolvimento humanos. São destacados os aspectos da emergência da burocratização das áreas hospitalar e de enfermagem, suas prováveis repercussões na

qualidade do trabalho desenvolvido e possíveis implicações na gênese do sofrimento dos trabalhadores destas áreas.

O Capítulo 3 apresenta a problemática geral de pesquisa e seus objetivos. Neste capítulo são descritos aspectos relativos à metodologia de investigação e ao método de coleta e de análise dos dados, assim como uma caracterização geral da instituição, onde os participantes desta pesquisa exercem suas atividades profissionais.

No capítulo 4, são apresentadas a caracterização dos entrevistados, a partir dos dados obtidos, por meio do roteiro de questões fechadas, e os resultados da análise temática do conteúdo das entrevistas.

Na última parte deste trabalho, são retomados aqueles principais aspectos da literatura estudada que deram suporte teórico ao presente estudo. São tecidas algumas considerações, acerca dos resultados obtidos, por meio da pesquisa realizada, cujos achados corroboram muitas das assertivas dos autores consultados, acrescentando-se a estas novas constatações que se espera possam vir a se constituir em contribuição, ainda que pequena, aos estudos da relação prazer, sofrimento e trabalho.

CAPÍTULO 1 - ANÁLISE EVOLUTIVA DO SIGNIFICADO DO TRABALHO

O presente capítulo tem por objetivo apresentar aspectos relacionados aos significados associados ao trabalho, sua origem como atividade econômica e as modificações que se foram processando, em decorrência de sua inserção no Modo de Produção Capitalista. É enfatizado o impacto da divisão e da organização do trabalho, bem como as repercussões e tendências do taylorismo sobre a capacidade técnica do trabalhador e sua produtividade. São apresentadas as contribuições de diversos autores que têm se dedicado ao estudo do tema, dando especial ênfase às contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

1.1 - A DEFINIÇÃO DE TRABALHO

A palavra trabalho designa a operação de transformação da matéria natural em objeto de cultura pelo homem. Na maioria das línguas de cultura europeia, trabalhar possui mais de uma significação, embora, em sua grande maioria, se acentuem os conteúdos de esforço e cansaço (Albornoz, 1992).

Guareschi & Ramos (1989) relatam que os romanos já estabeleciam uma diferenciação fundamental entre dois tipos diferentes de trabalho. A um tipo denominavam de *labor* e a outro de *tripalium*. O primeiro era o trabalho dos *livres*, dos que trabalhavam no que lhes pertencia, onde o que faziam ficava para si, onde planejavam, decidiam, etc. O segundo designava, originalmente, um instrumento de tortura dos escravos, passou a significar o trabalho escravo ou alienado, no qual a participação do trabalhador fica quase que exclusivamente restrita à execução, sendo excluído do planejamento e dos resultados de seu próprio esforço.

Labor é aquele trabalho do corpo do homem pela sobrevivência, submetido passivamente aos ritmos da natureza, às estações do ano, às intempéries. Em português, é possível encontrar na mesma palavra trabalho, apesar de haver labor e trabalho, ambas as significações: realização de uma obra que sirva à expressão, que garanta o reconhecimento social e permaneça além da vida de quem a criou e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável. Todo o trabalho tende para um fim e esforço. Para uns, este esforço será preponderantemente físico, para outros, preponderantemente intelectual. Trabalho é o esforço e também seu resultado: a construção, enquanto processo e ação, e a obra concluída (Albornoz, 1992).

1.2 - A ORIGEM DO TRABALHO

Para Foucault (1990, p. 271) o trabalho, como atividade econômica, "só apareceu na História do mundo no dia em que os homens se acharam numerosos demais para poderem nutrir-se dos frutos espontâneos da terra", colocando em risco sua subsistência. Prosseguindo, em sua análise, afirma que, a cada instante de sua história, a humanidade só trabalha sob a ameaça da morte. Como a pendência da morte se faz mais temível à proporção que as subsistências necessárias se tornam de mais difícil acesso, o trabalho, inversamente, deve crescer em intensidade e utilizar todos os meios de se tornar mais prolífico. Considerações antropológicas nos remetem à situação dos seres vivos que correm o risco de não encontrarem, na natureza, aquilo que assegura sua subsistência, designando o trabalho e a dureza mesma desse trabalho como o único meio de negar a carência fundamental e triunfar, por um instante, sobre a morte. "Como esta carência torna-se cada dia mais rigorosa, o trabalho torna-se mais intenso; a produção aumenta em cifras absolutas, mas, ao mesmo tempo que ela e no mesmo movimento também os custos de produção, isto é, as quantidades de trabalho necessário para produzir um mesmo objeto"(op. cit., p. 275).

No mundo de nossos dias, está ocorrendo a redução de todo o trabalho ao nível de labor, de esforço rotineiro e cansativo, com o único objetivo da sobrevivência; uma laborização do mundo, bem mais do que a elevação do trabalho produtivo ao plano da *praxis* pela politização do operariado (Arendt, 1993).

A história desempenha, para Foucault (1990), então, um papel negativo que, acentuando as pressões da necessidade, faz crescer as carências, coagindo os homens a trabalhar e a produzir sempre mais, sem receberem mais do que lhes é indispensável para viver, e algumas vezes um pouco menos. Desta forma, com o tempo, o produto do trabalho acumula-se, escapando, sem trégua, àqueles que o executam: estes produzem

infinitamente mais do que essa parte do valor que lhes cabe sob forma de salário, oportunizando ao capital a possibilidade de, novamente, comprar trabalho, "isto é, o esforço e o tempo, essa jornada que, ao mesmo tempo talha e gasta a vida do homem"(op. cit. p. 239) e que submetido ao tempo e ao esforço é conduzido à fadiga e, indo ao extremo, à própria morte.

Foucault relata que, para Smith, o trabalho pode servir de unidade comum a todas as outras mercadorias, entre as quais se incluem os bens necessários à subsistência, enquanto que para Ricardo, a quantidade de trabalho permite fixar o valor de uma coisa, não somente porque este seja representável em unidades de trabalho mas, primeiro e fundamentalmente, porque o trabalho, como atividade de produção, é a "fonte de todo valor". Deixando de ser signo, o valor tornou-se um produto. Se as coisas valem tanto quanto o trabalho a elas dedicado ou se, pelo menos, esse valor é proporcional a esse trabalho, não é devido ao trabalho ser um valor fixo, constante e permutável em qualquer tempo e espaço, mas sim porque todo valor, qualquer que seja, extrai sua origem do trabalho. Prova de tal afirmativa está em que o valor das coisas aumenta com a quantidade de trabalho que lhe é consagrada para sua produção; mantendo-se porém, independentemente do aumento ou baixa dos salários pelos quais o trabalho se troca como qualquer outra mercadoria. Para Foucault (op. cit., p. 239), "os homens trocam porque experimentam necessidades e desejos; mas podem *trocar* e *ordenar* essas trocas porque são submetidos ao tempo e à grande fatalidade exterior". A fecundidade desse trabalho não se deve tanto à habilidade pessoal ou ao cálculo de interesses, fundando-se em condições, também estas, exteriores à sua representação: progresso da indústria, aumento da divisão de tarefas, acúmulo de capitais; divisão do trabalho produtivo e do trabalho não produtivo.

O valor do trabalho posto à venda no mercado capitalista depende de um fator quantitativo e de um fator qualitativo, respectivamente, o tempo de trabalho e a

qualificação média do trabalho. O fator tempo não constitui, de fato, senão um parâmetro da exploração, entre outros. A gestão do capital de conhecimento, o grau de participação na organização do trabalho, o espírito "da casa", a disciplina coletiva, etc., podem adquirir uma importância determinante na produtividade do capital. "Neste segundo aspecto de servomaquinismo maquínico, ele não pode ser circunscrito a um plano individual; primeiro, porque uma *performance* de qualificação é inseparável de um ambiente maquínico particular; depois, porque sua competência é sempre dependente de uma instância coletiva de formação e de socialização"(Guattari, 1987, p. 192).

A partir de uma concepção diferente das relações entre a produção, a distribuição e o consumo, por um lado e, por outro, a produção, a formação e a pesquisa haveria a tendência a transformar, por completo, os modos de relação com o trabalho, particularmente a cisão entre o trabalho reconhecido como socialmente útil (pelo capitalismo, pela classe dominante) e o trabalho "inútil" do desejo. "O conjunto da produção, tanto a produção do valor de troca quanto a do valor de uso, tanto a individual quanto a coletiva, é tomada sob a tutela de uma organização que impõe um certo modo de divisão social do trabalho"(op. cit. p. 22).

Na tradição judaica, o trabalho também possui um significado de uma labuta penosa, à qual o homem está condenado pelo pecado e a Bíblia o apresenta como castigo, como um meio de expiar o pecado original. Nos primórdios do cristianismo, o trabalho era visto como punição para o pecado, servindo também aos fins últimos da caridade, para a saúde da alma e do corpo, e para afastar os maus pensamentos decorrentes da preguiça e da ociosidade. Entretanto, não era digno por si mesmo, por pertencer ao mundo mortal e imperfeito dos homens. Outras seitas de crentes, rebeldes à Igreja de Roma, consideravam o trabalho uma tarefa penosa e humilhante devendo ser ardentemente procurado como penitência para o orgulho da carne (Albornoz, 1992).

Com a Reforma Protestante, o trabalho aparece como a base e a chave da vida, embora persistindo a idéia do trabalho como consequência do pecado. Todo o homem capacitado para trabalhar tinha o dever de fazê-lo, pois tal ato implica servir a Deus, sendo o ócio considerado uma evasão antinatural e perniciosa. Desse modo, o trabalho é visto como virtude e como obrigação, como o caminho religioso para a salvação. A profissão é vista como vocação, associando-se o trabalho, como virtude, à idéia de predestinação. "Se, pela preferência divina, alguns estão predestinados a ter êxitos, e outros, a ficar na miséria, contudo é vontade de Deus que todos trabalhem, e é pelo trabalho árduo que alguém pode chegar ao êxito, e assim realizar a vontade de Deus, que o inclui entre os eleitos"(op. cit. p. 53). Tal ideologia "parece dar justificativa ética para a moderna divisão social do trabalho do capitalismo; assim como dizer que a providência divina provê as chances de lucro e enriquecimento parece dar uma justificativa ética para os homens de negócio"(op. cit., p. 58).

1.3 - O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Weber (1983) , em *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, ao buscar as origens da classe burguesa ocidental e de suas particularidades relaciona-a com a organização capitalista do trabalho; as origens desse sóbrio capitalismo burguês, com sua organização racional do trabalho. Segundo este autor, o desenvolvimento das possibilidades técnicas influenciou fortemente, à primeira vista, a forma peculiar do moderno capitalismo. A utilização técnica dos conhecimentos científicos, importante para as condições de vida das massas, foi encorajada por considerações econômicas. As estruturas racionais do direito e da administração estão entre os fatores de incontestável importância porque o moderno capitalismo racional baseia-se não só nos meios técnicos

de produção como também num sistema legal e numa administração orientada por regras formais.

Weber procura abordar a relatividade da formação de uma "mentalidade econômica"; de *ethos* de um sistema econômico, ao seu ver, o lado do problema que geralmente é o mais difícil de ser apanhado. Em sua opinião, a Reforma não implicou a eliminação do controle da Igreja sobre a vida cotidiana, mas na substituição do controle vigente por uma nova forma.

A religião "reformada" parece ter promovido o desenvolvimento do "espírito do capitalismo". Da ótica desta nova ética, ganhar dinheiro legalmente, dentro da ordem econômica moderna, é resultado e expressão de virtude e de eficiência em uma vocação. A idéia do dever profissional é a mais característica da "ética social" da cultura capitalista, sua base fundamental, obrigando o indivíduo, na medida de seu envolvimento no sistema de relações de mercado, a conformar-se às regras capitalistas de ação.

Na ética tradicional, a oportunidade de maior ganho era menos atrativa do que a de trabalhar menos. "O homem não deseja 'por natureza' ganhar cada vez mais dinheiro, mas simplesmente viver como estava acostumado a viver, e ganhar o necessário para este fim"(op. cit. p. 38). A resistência imposta por este traço orientador do trabalho pré-capitalista, para Weber, levou à adoção de uma política oposta à tática de salários mais altos, forçando o trabalhador a trabalhar mais para ganhar a mesma coisa. Os baixos salários e os altos lucros parecem estar correlacionados; tudo o que é gasto em salários parece envolver uma correspondente redução dos lucros. Os baixos salários sendo produtivos, incrementavam os resultados materiais do trabalho, reforçando a crença na qual as pessoas só trabalhavam porque e enquanto pobres.

A educação religiosa oportuniza superar o tradicionalismo, concebendo o trabalho como um fim em si mesmo, como um valor. Valor este condizente com o capitalismo.

Aqueles que adotaram a nova atitude ascenderam porque não desejavam consumir mas ganhar, tendo como resultado o surgimento de um novo espírito, o "espírito do capitalismo moderno".

Uma das mais importantes finalidades da vida profissional dos representantes do capitalismo é o trabalho a serviço de uma organização racional para o abastecimento de bens materiais à humanidade. Desse racionalismo, ou pensamento racional, originou-se a idéia de uma vocação e a divisão do trabalho na vocação, embora irracional do ponto de vista de um auto-interesse puramente eudemonista, mas que tem sido, e ainda é, um dos elementos mais característicos de nossa cultura capitalista. A profissão do indivíduo vai sendo interpretada, cada vez mais, como um dom especial de Deus e a posição na sociedade como resultado da vontade divina. O trabalho especializado em vocações, justificado em termos de amor ao próximo, a serviço da utilidade social impessoal, surge como promotor da glória de Deus e, portanto, desejado por Ele. A perda de tempo é o primeiro e o principal de todos os pecados, pois cada hora perdida redundando em perda de trabalho para a glorificação de Deus (Weber, 1983). Isto significa dizer que o tempo é primeiramente aquele da produção; os outros tempos devem encontrar seu lugar, de algum modo, nas margens do processo produtivo, ou seja, o tempo consagrado ao trabalho ocupa uma posição central, em torno do qual se organizam todos os outros tempos da existência social (Hassard, 1993). O trabalho passa a constituir-se, antes de qualquer coisa, a própria finalidade da vida, sendo a falta de vontade de trabalhar considerada um sintoma da ausência do estado de graça (Weber, 1983).

Tal ascetismo secular do protestantismo, opondo-se ao espontâneo usufruir das riquezas, restringindo o consumo, libertava psicologicamente a aquisição de bens das inibições da ética tradicional, rompendo os grilhões da ânsia de lucro, legalizando-a e considerando-a como diretamente desejada por Deus. A combinação da restrição do consumo com a liberação da procura de riqueza teve como resultado a acumulação do

capital, por meio da compulsão ascética à poupança. Especialmente nas classes pobres, a ascese imposta naturalmente pela Igreja iria influenciar, no sentido capitalista da palavra, a "produtividade" do trabalho.

O capitalismo explora não só a força de trabalho da classe operária mas manipula em seu proveito as relações de produção, insinuando-se na economia desejante dos explorados, sendo os indivíduos, enquanto indivíduos, fabricados por este sistema para responder aos imperativos de seu modo de produção. "A propriedade privada dos meios de produção está intrinsecamente ligada à apropriação do desejo pelo ego, pela família e pela ordem social" (Guattari, 1987, p.78). Todo e qualquer acesso ao desejo, pela castração familialista, pelas ciladas do consumo, etc., é neutralizado para apropriar-se, em seguida e sem dificuldades, de sua força de trabalho. O imperativo do capital é cortar o desejo do trabalho; a missão dos teóricos que se colocam a seu serviço, separar a economia política da economia desejante. Tal tipo de sociedade, ao sobrecodificar a produção pela lei do lucro, apresenta tendências a separar, definitivamente, a produção desejante da produção social. O desejo oscila mais para o lado do privado e o social para o do trabalho rentabilizado.

No modo de produção capitalista, todo o esforço tem se direcionado no sentido de transformação do indivíduo em instrumento de trabalho, em outras palavras, transformar o trabalho em força de trabalho. O quadro atual pode ser considerado como indicativo de crise no capitalismo, uma vez que o trabalho morto ganha supremacia sobre o trabalho vivo, em decorrência do objetivo do capital de transformar o trabalho em força de trabalho que vem se concretizando pela divisão da tarefa e/ou pela maquinaria, geradores de uma drástica diminuição na importância do trabalhador individual na produção e, ato contínuo, de sua capacidade de controle (Codo et al., 1993).

Guattari (1987) afirma que não mais de ter que lidar com indivíduos, mas somente com subconjuntos maquínicos é o ideal do capital e que este não gostaria mais de saber senão de dois tipos de categorias sociais: as relativas aos assalariados e as relativas à assistência. "Seu objetivo é de apagar, de neutralizar, senão de suprimir, todas as categorizações sociais fundadas em outra coisa que não sua axiomática de poder e seus imperativos tecnológicos (op. cit. p. 206). E conclui que o capitalismo visa apoderar-se das cargas de desejo que o homem traz em si, sendo que ele se instala no coração dos indivíduos por meio do servomecanismo maquínico.

Motta (1986) relata que para Proudhon, os trabalhadores não são apenas explorados economicamente, em decorrência da privação dos frutos da sinergia de seu trabalho, mas, além disso, são alienados porque, no contexto da propriedade privada dos meios de produção, também são privados de toda a iniciativa, responsabilidade e liberdade e excluídos mesmo de uma apropriação do significado político e social de seu trabalho.

1.4 - O PROCESSO DE DIVISÃO DO TRABALHO

Durante séculos, grande parte do trabalho humano foi empregada como força motriz, como simples força da natureza. Com a primeira Revolução Industrial, principalmente após a descoberta da máquina a vapor, deu-se uma nova orientação ao trabalho humano. Embora as novas fontes de energia e as novas mecânicas libertassem o homem de seu papel de força motriz, não deixaram de confinar a imensa maioria dos trabalhadores em tarefas de execução mais ou menos mecânicas (Garaudy, 1970).

A atividade tecnológica, a despeito de seu tremendo êxito, permanecia quase que inteiramente, como sempre fora através dos tempos, um ofício praticado, em geral e em

todos os lugares, por indivíduos que trabalhavam sem muita educação formal (Drucker, 1972).

"A Revolução Industrial é, essencialmente, revolução dos instrumentos de trabalho, o surgimento de 'ferramentas mecânicas'" (Codo et al., 1993, p. 146). O que antes era obtido por meio da força humana para manejar os instrumentos de trabalho, a máquina motriz substituiu e potenciou e a máquina-ferramenta executa as mesmas operações que o trabalhador realizava antes com ferramentas semelhantes. A máquina-ferramenta incorpora essas habilidades como uma característica técnica do equipamento, permitindo que o processo de trabalho prescindia da habilidade do trabalhador para dar forma ao objeto de trabalho.

A automação, por outro lado, é um fenômeno qualitativamente diverso. Não é um mero desenvolvimento quantitativo ou um simples avanço ou mecanização. "Se a mecanização tendia a substituir a força física e a habilidade manual do homem, a automação, sem deixar de progredir nesse sentido, tende também a substituir uma grande parcela das operações intelectuais do trabalho, como por exemplo as operações referentes às avaliações sensíveis, ao cálculo, ao controle e à previsão"(Garaudy, 1970, p. 50). A automação é uma técnica de organização e de realização do trabalho, onde os métodos de manipulação e tratamento das matérias-primas, bem como o controle na fabricação referente ao funcionamento das máquinas e o condicionamento do produto acabado, integram-se num único sistema permitindo o máximo de economia do trabalho físico e intelectual do homem.

Guattari (1987) referindo-se à evolução da divisão social do trabalho, afirma que esta implicou a construção de conjuntos produtivos cada vez mais gigantescos, mas atribui a este agigantamento da produção, uma molecularização cada vez mais acentuada dos elementos humanos que eles colocavam em jogo nos agenciamentos maquímicos da

indústria, da economia, da formação, da informação, etc. "Nunca é um homem que trabalha - e pode-se dizer o mesmo quanto ao desejo - , mas um agenciamento de órgãos e máquinas"(op. cit. p. 181). Para este autor, a força de trabalho sempre se apresenta, por meio de agenciamentos de produção concretos, mesclando as relações sociais aos meios de produção, o trabalho humano ao trabalho da máquina.

Dejours (1992, p. 43) afirma que para o operário-artesão pré-tayloriano tudo se passava como se a atividade motora fosse regulada, modulada, repartida e equilibrada em função das aptidões e do cansaço do trabalhador, por meio da programação intelectual espontânea do trabalho. "... o *corpo* obedecia ao *pensamento*, que por sua vez era controlado pelo *aparelho psíquico*, lugar do desejo e do prazer, da imaginação e dos afetos".

O método proposto por Taylor visou estabelecer um volume de informações que permitisse a concepção de uma organização do processo de trabalho que reduzisse e, se possível, anulasse a autonomia relativa do trabalhador nos postos de trabalho. Tais informações tornaram-se a base da simplificação das tarefas e dos ciclos de gestos na produção, levando conseqüentemente a uma aceleração da cadência do trabalhador. As mudanças nas relações de produção introduzidas pelo taylorismo tendem a acelerar a intensidade do trabalho e a reduzir a porosidade na jornada de trabalho, integrando o trabalho humano nas rotinas de produção estabelecidas pelo desenvolvimento da máquina, determinando o que deve ser feito, como fazer e em qual tempo (Ruas, 1985).

Fracionamento máximo e rigidez intangível da organização do trabalho aparecem, então, como as características fundamentais do novo sistema. No trabalho taylorizado não há mais tarefa comum, nem obra coletiva. Engendra mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Pela própria estrutura desta organização do trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da

produtividade. Além do mais, cada operário é isolado dos outros podendo, às vezes, ser até pior, pois o sistema pode colocá-lo em oposição aos demais. Ao não acompanhar as cadências, o operário que atrasa atrapalha os que o seguem na corrente de gestos produtivos. *"Tal é o paradoxo do sistema que dilui as diferenças, cria o anonimato e o intercâmbio enquanto individualiza os homens frente ao sofrimento"*(Dejours, 1992, p. 39). A realidade dos riscos no trabalho taylorizado não é tanto devida às cadências em si mas à violência que exerce no funcionamento mental.

March & Simon (1981) são de opinião que Taylor e seus companheiros estudaram, principalmente, o uso dos homens como adjuntos das máquinas no desempenho de tarefas produtivas de rotina, com vistas ao emprego do organismo humano bastante ineficiente, da melhor maneira possível, no processo de produção. Em outras palavras, transformar, por meio de um programa de comportamento minucioso (um método, ou conjunto de métodos), um mecanismo de serventia geral, como o homem, num mecanismo mais eficiente de serventia especializada.

A função essencial do taylorismo tem sido possibilitar à direção capitalista do processo de trabalho, os meios de se apropriar dos conhecimentos práticos, até então, monopolizados pelos operários, conduzindo à separação entre trabalho manual e intelectual. Como resultado desse processo, há o despojamento das funções intelectuais desses trabalhadores, funções essas que são atribuídas a outros agentes, com conseqüente redução da necessidade de um grande número de trabalhadores atuando diretamente na produção. *"É, dessa forma, que medidas de curto prazo mascaram uma tendência secular, no sentido de rebaixamento da classe trabalhadora como conjunto"*(Motta, 1986, p. 67), manifestando-se, essencialmente, por meio do desaparecimento do ofício, substituído por funções braçais e mecânicas, exigindo nada ou muito pouco da criatividade do intelecto. Quando se completa, o trabalhador não é mais um profissional em sentido algum, mas simplesmente uma ferramenta humana a serviço da gerência. Dessa forma, fica evidente e

inequívoco que a execução de tarefas simplificadas, concebidas e controladas pela administração (ou por quem a representa, neste caso, uma classe especial de assalariados, cuja função é a direção do conjunto dos trabalhadores, no sentido da harmonização das atividades parciais com vistas à consecução do objetivo final), exerce um efeito desagregador em termos de impacto sobre a capacidade técnica do trabalhador.

O objetivo desse método de organização científica do trabalho é o aumento da produtividade e lucratividade. Seu efeito perverso, resultante da ênfase desmesurada e incondicional pró-empregador, retirando grande parte da iniciativa e autonomia do trabalho, passando este a ser uma sucessão encadeada e rotineira de tarefas previamente determinadas pela administração, separa a concepção da execução, caracterizando o trabalho em intelectual e manual.

1.5 - A ANÁLISE DEJOURIANA DO TAYLORISMO

É preciso que se assinale as repercussões do taylorismo na saúde do corpo. A organização científica do trabalho, entendida como uma nova tecnologia de submissão e disciplinarização do corpo, gera exigências fisiológicas até então desconhecidas, especialmente as exigências de tempo e ritmo de trabalho. O corpo aparece como o principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho, em decorrência das novas performances exigidas. O esgotamento físico não fica restrito aos trabalhadores braçais, mas extensivo ao conjunto dos operários da produção de massa. O taylorismo neutraliza a atividade mental dos operários ao separar, radicalmente, o trabalho intelectual do trabalho manual. "Deste modo, não é o aparelho psíquico que aparece como vítima do sistema, mas sobretudo o corpo dócil e disciplinado, entregue, sem obstáculos, à injunção da organização do trabalho, ao engenheiro de produção e à direção hierarquizada do

comando. Corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental"(Dejours, 1992, p. 19).

Em continuidade ao movimento da Gerência Científica, o fordismo, com vistas a uma maior intensidade do trabalho, retoma e desenvolve o taylorismo. A cadeia de produção semi-automática é o processo de trabalho característico do fordismo, a qual se caracteriza por dois princípios complementares: a integração e a fixação dos trabalhadores em seus postos de trabalho. "O fordismo origina a linha de montagem, procedimento coletivo de produção, interdependente e de natureza seqüencial, onde cada posto de trabalho representa uma etapa de um conjunto delas, pela qual o produto em elaboração deve passar até atingir sua forma final"(Ruas, 1985, p. 20). No fordismo, ocorre tanto um acréscimo considerável na intensidade do trabalho coletivo como uma significativa redução na porosidade do trabalho, reduzindo os tempos de produção.

A cadência do trabalho passa a ser regulada mecânica e externamente ao trabalhador. O capital controla o todo, o coletivo; e o trabalhador parcelar controla a parte que lhe é específica. Enquanto o taylorismo ocupa-se da aceleração da cadência do ciclo de gestos e da redução da porosidade nos postos de trabalho, o fordismo ocupa-se da cadência e da porosidade no coletivo. O operário é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter propriamente humano. A inteligência humana sendo cada vez mais incorporada à máquina. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se puramente repetitivo e maquinal.

Motta (1986) afirma que o grande patrimônio do trabalhador assalariado tem sido o seu ofício, não como apenas a capacidade de manipular adestradamente as ferramentas e materiais da profissão, mas muito mais do que isto. Segundo ele, o elemento verdadeiramente essencial no ofício ou trabalho não é a perícia manual ou a destreza, mas alguma coisa armazenada na mente do trabalhador.

Afirma que, indiscutivelmente, as técnicas modernas de administração e divisão do trabalho tornaram a vida econômica inquestionavelmente mais produtiva, mas com o ônus de produzirem, ao mesmo tempo, uma forma de pensar e de se comportar absolutamente destrutiva e opressiva. Lembra que, no fordismo, não há uma preocupação com a humanidade e espiritualidade do trabalhador, características do artesanato, esmagadas automaticamente, pois é justamente contra elas que luta o novo industrialismo.

Após atingido um determinado ponto de fragmentação do processo de trabalho, em vez de acentuar-se a perfeição e beneficiar-se o aspecto técnico da produção, é este mesmo aspecto técnico que se perde, efeito final contraditório ao propósito inicial do processo de especialização pois, no grau máximo da tecnicização, cada fragmento do processo de trabalho torna-se tão independente da pessoa, que não importa quem o faça e se quem trabalha faz bem o que faz ou não. A única exigência é a de submeter-se ao todo, mantendo o fluxo do processo com interferência criativa mínima ou, apenas, com a criatividade necessária à inovação, que permita melhorá-lo e enfrentar momentos em que o processo esteja dificultado, resolvendo possíveis crises (Albornoz, 1992).

Dejours (1993, p. 164) afirma que "as conseqüências do taylorismo ultrapassam amplamente o campo da saúde mental e física dos trabalhadores, podendo estender seu alcance sobre os próximos e até mesmo prejudicar o desenvolvimento mental da segunda geração, (...) uma vez que a saúde das crianças depende em grande parte - a clínica o atesta - dos métodos de organização e de administração aos quais os pais estão submetidos" (op. cit. p. 173).

1.6 - A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho sempre foi tanto individual como social. Todas as evoluções alteram a capacidade biológica do homem, não por meio da modificação genética causal da evolução biológica, mas através da evolução não-orgânica, com propósitos definidos que chamamos tecnologia.

A organização do trabalho é, em si mesma, um importante instrumento do homem, sendo um dos maiores veículos para a evolução não-orgânica e de propósitos determinados que é especificamente humana. É o aspecto do trabalho que provocou maior impacto sobre a tecnologia e sobre o qual menos se sabe (Drucker, 1972).

Dejours (1994, pp. 26-7) afirma que "a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a organização do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho".

O trabalhador ocupa, na organização, um cargo e desempenha uma função, encontrando à sua espera uma série de tarefas que deve cumprir. Encontra, também, os objetivos e os meios com os quais terá de trabalhar, ou seja, o seu trabalho já está determinado, restando-lhe apenas executá-lo (Codo et al., 1993).

Domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro, o trabalhador é, de certa forma, despossuído de seu corpo físico e nervoso. Reconhece-se aqui, sem dificuldade, a inspiração de Taylor, cuja meta era desapropriar os artesãos de sua competência, a fim de centralizá-la ao nível da direção, tornando-se possível, dessa forma, uma redivisão do trabalho e uma redefinição dos modos operatórios, em atenção aos desejos da direção, em detrimento da livre organização do trabalho, até então, privilégio do operário-artesão (Dejours, 1992).

A ideologia dominante do Século XIX, o liberalismo, ocultou o antagonismo entre capital e trabalho e o autoritarismo na produção, em nome da liberdade. Em decorrência da destruição das formas tradicionais de organização do trabalho, transformou os trabalhadores em mão de obra livre e assalariada, porém, subordinada ao capitalista, por meio de contratos entre partes, por natureza, desiguais. A liberdade de trabalho, em que tanto insistiu o liberalismo, em suma, se traduziu para o trabalhador na liberdade de trabalhar sob as condições do patrão ou morrer de fome. O trabalhador foi transformado, por um mercado auto-regulável, numa mercadoria sujeita às leis deste mercado, como qualquer outra. Não aceitar o autoritarismo de um patrão significava ter que aceitar o autoritarismo de outro (Motta, 1986).

Segundo Dejours (1994a), quando não se torna possível o rearranjo da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é bloqueada, acumulando-se a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho, resultando um sentimento de desprazer, fadiga e tensão. Afirma, também, que a origem da carga psíquica do trabalho está na relação do homem com a organização do trabalho.

Embora não exista uma única organização do trabalho capaz de se constituir em uma boa solução para diminuir a carga psíquica de trabalho de todos os trabalhadores, uma organização do trabalho autoritária, que não oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica, cujo excesso leva ao aparecimento da fadiga e do sofrimento. Mesmo as más condições de trabalho são menos temíveis do que uma organização do trabalho rígida e imutável, pois nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível, muito embora este até nem seja muito dividido ou parcelado.

Quando existe bloqueio na relação homem-organização do trabalho inicia o sofrimento, apesar da utilização máxima das faculdades intelectuais, psicoafetivas, de

aprendizagem e de adaptação. Quanto mais rígida é a organização do trabalho, menores as possibilidades de mudá-lo e quanto maior a certeza de que o nível de insatisfação atingido não pode mais ser diminuído marca o começo do domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento. Essa luta contra o sofrimento faz-se, a um só tempo, coletiva e individualmente, conduzindo ao ocultamento ou à identificação do sofrimento, sob forma de doença ou ao efetivo enfrentamento de dinâmicas causais enraizadas nas situações de trabalho (Dejours, 1992; Silva, 1994).

A flexibilização da organização do trabalho, permitindo pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e utilizar-se de gestos capazes de lhe proporcionar prazer, transformando um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, parece ser uma condição para se obter prazer no trabalho (Dejours, 1994a).

1.7 - CONCLUSÕES

De acordo com o referencial teórico adotado, podemos constatar que ainda permanecem associadas ao trabalho as idéias de esforço e cansaço rotineiros, de inevitável incômodo e de ausência de liberdade. Tais idéias são reforçadas pelo significado de labuta penosa e humilhante. Mesmo que com a Reforma Protestante, o trabalho tenha passado a se configurar como virtude e obrigação e a constituir-se na própria finalidade da vida, o trabalho é percebido, de maneira velada, como um castigo e como um meio de punição. Como consequência da evolução da divisão do trabalho e de sua organização, exigências fisiológicas, até então desconhecidas, são impostas ao trabalhador. Este, desapropriado de sua competência, é levado a agir conforme a vontade de outro. Dessa forma, despossuído de seu corpo físico e nervoso, torna-se possível uma redivisão do trabalho e uma redefinição dos modos operatórios, em atenção aos desejos da direção e em detrimento da livre organização do trabalho. Portanto, associados a uma organização autoritária do trabalho aparecem a fadiga e o sofrimento em decorrência das cargas física e psíquica do trabalho. Esta última, quando impedida de liberar sua energia pulsional, pela organização do trabalho, impõe obstáculos à obtenção de prazer no trabalho.

CAPÍTULO 2 - A ORGANIZAÇÃO E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO: IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO PRAZER, SOFRIMENTO E TRABALHO

O presente capítulo tem por objetivos apresentar o papel social atual do trabalho e analisar as possíveis implicações de sua organização e de suas condições de realização na relação prazer, sofrimento e trabalho. Procuramos ressaltar o papel fundamental do trabalho na construção da subjetividade e como fator de equilíbrio e desenvolvimento humanos. A Escola Dejouriana é apresentada como uma abordagem renovadora do trabalho, considerando a dimensão organizacional e suas repercussões sobre o equilíbrio psíquico e a saúde mental do trabalhador, em contraposição aos constrangimentos somáticos que se situam nas condições de trabalho. Os aspectos da emergência da burocratização das áreas hospitalar e de enfermagem são ressaltados, assim como suas prováveis repercussões na qualidade do trabalho desenvolvido e suas possíveis implicações na gênese do sofrimento dos trabalhadores destas áreas.

2.1 - O PAPEL DO TRABALHO NA SOCIEDADE ATUAL

Na sociedade atual, freqüentemente, o trabalho apresenta-se, em decorrência de sua divisão e organização, de forma totalmente fragmentada e sem sentido, extremamente normatizado, rotineiro e burocratizado, repleto de exigências que, em muitas situações, o tornam gerador de conflitos com a vida familiar e social. Por outro lado, o trabalho reveste-se de importância capital para o ser humano, pois é através dele que o indivíduo pode usufruir dos recursos naturais, modificar e recriar a natureza, criando a cultura, a linguagem, a história e a si mesmo.

O trabalho aparece, definitivamente, como um operador fundamental na própria construção do sujeito, revelando-se, também, como um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem coletiva. Não é apenas um teatro aberto ao investimento subjetivo, mas também um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista de identidade, da continuidade e historicização do sujeito (Dejours & Abdoucheli, 1994).

A vida dos homens não deve ser reduzida apenas ao trabalho mas, por outro lado, não pode ser compreendida em sua ausência. O trabalho faz parte da vida do homem e onde quer que estejam as causas do sofrimento dos homens, estarão suas próprias vidas (Codo et al., 1993).

Albornoz (1992, p. 81) apresenta a afirmativa de Paul Singer que diz que "as pessoas trabalham antes para poder consumir do que para produzir alguma coisa". Tal afirmativa demonstra como o trabalho é concebido como meio de ganhar dinheiro, com ênfase sobre o rendimento e o consumo, persistindo a concepção de pena inevitável, em

função do princípio segundo o qual se deve, também, realizar coisas que não trazem nenhuma satisfação.

Funda-se, assim, uma civilização compulsiva no produtivismo, voltada para o ganho, para o consumo e para o poder, sendo, neste contexto, toda a tendência ao prazer controlada e submetida à produção. Dessa forma, o prazer é anunciado como mercadoria, como promessa de vida, numa vida sem promessas. Num tipo de sociedade onde a política, o lazer e a educação tornaram-se um negócio, o único prazer permitido é o prazer administrado, submetendo o homem a um processo de racionalização do trabalho que se apresenta como científico e neutro. Assim, a necessidade de renunciar ao prazer se dá, desde muito cedo, na infância, sob a ação moralizadora da família e da escola. Toda a tentativa de contestação e de reivindicação, o que implica comportamento político, é considerado como indisciplina, devendo ser eliminado em prol do sucesso escolar, mensurado por notas nos exercícios, nas provas e nos exames. Paradoxalmente, a qualidade dos trabalhos exige um espírito crítico, que a ação moralizante recalca. Daí a substituição da qualidade pela quantidade (Motta, 1986).

No entanto, a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida. É, também, uma forma de inserção social, onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves. Porém, pode constituir-se, também, em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento. A possibilidade dessa segunda hipótese está vinculada a um trabalho que permita a cada indivíduo aliar o desejo de executar a tarefa às necessidades físicas. O trabalho, portanto, é um fator de equilíbrio e de desenvolvimento, talvez, não importando que trabalho e não importando em que condições (Dejours, Dessors & Desrioux, 1993).

O trabalhar é um ato imprescindível para as pessoas, mesmo que parcelar e especializado, pois refere-se à própria sobrevivência e condicionamento social do

indivíduo. O trabalho, de fato, não é sempre patogênico; ele tem, ao contrário, um poder "estruturante", em face tanto da saúde mental como da saúde física (Dejours, 1994).

A organização, contrariamente à idealização que aparece, com frequência, no mundo dos negócios, tem se mostrado, muitas vezes, como um local propício ao sofrimento, à violência física e psicológica, ao tédio e, mesmo, ao desespero, não apenas nos escalões inferiores mas, também, nos níveis intermediário e superior. Em um mundo essencialmente dominado pela racionalidade instrumental e por categorias econômicas rigidamente estabelecidas, os trabalhadores são vistos, na maioria das vezes, como meros recursos, isto é, como quantidades materiais cujo rendimento deve ser satisfatório, do mesmo modo que os equipamentos, as ferramentas e a matéria-prima. Desse modo, as pessoas, associadas ao universo das coisas, tornam-se objetos, emergindo sua condição humana, apenas em acontecimentos extraordinários (Chanlat, 1993).

Corroborando tal assertiva, pode-se dizer que, hoje em dia, grande parte das queixas dos trabalhadores, nos diferentes ambientes de trabalho, não reside, apenas, nas suas condições materiais, mas na forma como são tratados por aqueles que exercem autoridade. O fato de deter autoridade, pode levar alguns chefes, com predisposição para tal, a comportarem-se, mesmo inconscientemente, como "pequenos tiranos" permitindo-se o direito de fazer sofrer as pessoas sob sua jurisdição. Tal fenômeno, apesar de sua amplitude, que certamente contribui para o sofrimento de muitas pessoas nas empresas, podendo até desencadear sentimentos fortes, como o ódio, não vem recebendo a devida atenção. A sociedade ocidental, presa ao autoritarismo e ao culto à racionalidade econômica, que presidiram suas origens e acompanharam seu desenvolvimento, não soube, até o presente, desenvolver uma administração digna de outros valores, em que a emergência e a realização da pessoa humana se constituam em traços marcantes de sua evolução (Chanlat & Bédard, 1993).

Para Clegg (1993), a racionalidade é, freqüentemente, considerada uma característica constitutiva das organizações. Entretanto, as pessoas não devem ser reduzidas, apenas, a mão de obra ou criadores de significações. São, necessariamente, ao mesmo tempo, sujeito dos dois e submetidas, subjetivamente, aos dois, ou seja, são definidas como mão de obra e, ao mesmo tempo, como portadoras de diferentes identidades sociais múltiplas e interligadas, tanto mais visíveis quanto mais socialmente reconhecidas e produzem repercussões na organização.

Com base no modo de pensar dominante no ambiente da administração, seja ela pública, privada, cooperativa ou sindical, e que predomina entre os dirigentes, toda questão é considerada, na maior parte, na perspectiva da racionalidade econômica. Enquanto a teoria da administração tratar todos os problemas na dupla dependência, teórica e prática, da racionalidade econômica como norma suprema da empresa, permanecerá incapaz de lidar corretamente com os problemas das relações humanas. Tal onipresença dessa racionalidade tem, por consequência, fazer entender que a rapidez é sinônimo de eficácia. Porém, muitas vezes, o segredo do sucesso de um dirigente reside na arte de saber perder o tempo, para ganhá-lo; talvez, esta seja uma das mais interessantes lições ensinadas pelo Japão. Atribuir ênfase exagerada à racionalidade econômica e à autoridade pode favorecer o desenvolvimento de condutas profundamente anti-intelectualistas, com atitudes pejorativas a qualquer pessoa que tente ampliar os debates e introduzir considerações sem utilidade imediata. Os efeitos nefastos dessa atitude, empobrecem consideravelmente o discurso sobre os problemas com que a empresa se defronta, privando-a, assim, de perspectivas fecundas e de soluções que fujam às trilhas batidas. Portanto, a atmosfera particular que cada responsável saiba criar, em torno de si, decorre muito mais de suas habilidades e qualidades humanas do que de sua competência técnica (Chanlat & Bédard, 1993).

A produtividade e a eficiência organizacionais, como meta essencial à sobrevivência das empresas, têm originado consequências nem sempre adequadas ao bem estar dos empregados. Para Dejours (1992) é aos operários que se devem as principais melhorias da condição operária. O movimento sindical, nas décadas de 30 e 40, apresentou um rápido progresso empenhando-se em conquistas relativas a ganho econômico para o trabalhador e condições de segurança nos locais de trabalho.

Houve, nos Estados Unidos, em decorrência das disfunções do taylorismo, a aprovação de uma série de atos legislativos de proteção ao trabalhador como: leis do trabalho infantil, jornada diária de oito horas e de quarenta horas semanais, proteção ao trabalhador acidentado, eliminando diversas condições de periculosidade do trabalho (Walton, 1973).

As condições de trabalho, para Walton (1973) devem ser seguras e saudáveis não expondo o trabalhador a condições físicas ou ajustes de horários indevidamente penosos ou que vêm em detrimento da saúde. Tais condições de trabalho incluem jornada razoável reforçada por um padrão normal de trabalho, buscando minimizar os riscos de doenças e acidentes e o estabelecimento de limites de idade, quando o trabalho for potencialmente perigoso para o bem estar de pessoas abaixo ou acima de determinada faixa etária. Nesse sentido, a legislação, a ação sindical e o interesse dos empregadores têm contribuído para a conquista de padrões crescentes das condições satisfatórias de trabalho.

2.2 - A ABORDAGEM DEJOURIANA DO TRABALHO

Dejours (1994b) é de opinião que, numa abordagem renovadora, o trabalho não deveria mais ser reduzido somente às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho reunidas, geralmente, sob a

denominação de "condições de trabalho", cujo estudo é objeto da ergonomia. Para este autor, é necessário considerar, no trabalho, a dimensão organizacional, ou seja, a divisão das tarefas e as relações de produção.

Numerosas publicações confirmam que Maio de 68 marca o reconhecimento patronal da necessidade de serem levadas em conta as reivindicações qualitativas da classe operária. A luta pela sobrevivência condenava a excessiva duração do trabalho; a luta pela saúde do corpo conduzia à denúncia das condições de trabalho; quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho (Dejours, 1992).

No domínio da carga física, o perigo é o de um excessivo emprego de aptidões fisiológicas. Em relação à carga psíquica, o perigo principal reside no subemprego de aptidões psíquicas, fantásmicas ou psicomotoras, acarretando uma retenção de energia pulsional, o que constitui, precisamente, a carga psíquica do trabalho. Quando o trabalho se opõe à livre atividade do aparelho psíquico, ele torna-se perigoso, pois o bem estar, em termos de carga psíquica, não advém só do funcionamento mas, ao contrário, de um livre funcionamento, dialeticamente articulado com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. "Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho"(Dejours, 1994a, p. 25).

Segundo Dejours (1994a), a carga psíquica do trabalho constitui-se no regulador da carga global de trabalho. O trabalho, ao permitir a diminuição da carga psíquica, é equilibrante sendo fatigante, se opõe-se a esta diminuição. O rebaixamento de tensão e a descarga da energia pulsional são origem e fonte mesma do prazer, ou seja, do alívio da carga psíquica de trabalho. Apesar de exigências aparentemente moderadas da tarefa, da ausência de trabalho que conduza a paradas, mesmo assim, a carga psíquica pode ser intensa, pois a inatividade, desde que imposta como organização do trabalho, opõe-se à

descarga de energia, travando o livre jogo do sistema "motivação-satisfação" (ou desejo-prazer), impedindo a descarga pulsional e ocasionando uma verdadeira inflação da carga psíquica.

2.3 - A DICOTOMIA SOFRIMENTO E PRAZER

Para Dejours & Abdoucheli (1994, p. 42), o aparelho psíquico e o Desejo do Sujeito, a exemplo do corpo, designado como alvo das condições de trabalho, revelaram-se como alvos específicos da organização do trabalho. "A organização do trabalho aparece na clínica psicopatológica como a expressão característica da violência que pode implicar uma generalização na ordem da técnica e não mais da teoria, como era o caso anteriormente, quando ela se abate sobre os trabalhadores que não podem mais ser sujeitos de seu comportamento". Dessa forma, a Psicopatologia do Trabalho é levada a pesquisar, primeiramente, o que, no trabalho, está dialeticamente oposto ao desejo. Segundo esses autores, o desejo situa-se, precisamente, entre a necessidade (no sentido fisiológico do termo) e a demanda (no sentido de demanda de amor) para que se possa compreender que ao se atacar o desejo, ameaça-se o regulador natural do equilíbrio psíquico e somático. As relações entre desejo e motivação são determinadas pela organização do trabalho. No caso do operário semi-especializado, a organização do trabalho joga a motivação contra o desejo e contra o sujeito. No caso de um alto executivo, a motivação pode colocar-se a favor da elaboração de um compromisso entre o desejo e a realidade da tarefa. Corroborando tal afirmativa, pode-se constatar "que na base da hierarquia da empresa não há (ou há pouco) lugar para o Sujeito e que no alto, há muito. Ou ainda, que a *Subjetivação* do trabalho vai crescendo à medida que se sobe na hierarquia"(op. cit. p. 41).

Dejours (1993) relata que, a partir de seus estudos, foi possível mostrar que as pressões do trabalho, que põem particularmente em causa o equilíbrio psíquico e a saúde mental, provém da organização do trabalho, em contraposição aos constrangimentos perigosos para a saúde somática que se situam nas condições de trabalho, mais precisamente, nas condições físicas (barulho, temperatura, irradiações ionizantes, vibrações, etc.), químicas (poeira, vapores, gases, etc.) e biológicas (vírus, bactérias, fungos) cujo alvo principal é o corpo. A organização do trabalho é preciso ser entendida, por um lado, como a *divisão das tarefas* (chegando à definição do modo operatório) que atinge, diretamente, a questão do interesse e do tédio no trabalho; por outro lado, a *divisão dos homens* (hierarquia, comando, submissão), que atinge, diretamente, as relações que os trabalhadores estabelecem entre si, no próprio local de trabalho.

Cabe ressaltar, antes de mais nada, que a luta do trabalhador contra a hierarquia é a luta contra o monopólio do saber e da competência. Portanto, é a luta sutil mais cotidiana contra a degradação do trabalho (Motta, 1986).

As pressões normativas da vida do trabalho, segundo Dejours, por serem suficientemente seletivas, eliminam da empresa aqueles sujeitos que apresentam sintomas mentais ou distúrbios do comportamento, embora leves, de tal sorte que a maioria dos trabalhadores remanescentes encontra-se no limite da normalidade. Esta, conquistada e conservada pela força é, ao contrário, inteiramente trespassada pelo sofrimento. "O sofrimento é então definido como o espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o 'bem estar', e, de outro a doença mental ou a loucura" (Dejours, 1993, p. 153).

As relações entre sofrimento e organização não se direcionam sempre no sentido da promessa de felicidade no mundo exterior e promessa de infelicidade enquanto no interior da empresa. O trabalho também pode ser fonte de prazer, e mesmo mediador da

saúde. Conforme Dejours (1993), em sua luta contra o sofrimento, às vezes, o sujeito elabora soluções originais que são favoráveis tanto à produção quanto à saúde. Tal forma de sofrimento foi por ele denominado de *sofrimento criativo*. Quando, ao contrário, nessa luta contra o sofrimento, o sujeito chega a soluções desfavoráveis tanto à produção quanto à sua saúde, tal forma de sofrimento caracteriza-se como *sofrimento patogênico*.

Por intermédio do trabalho, o sujeito engaja-se nas relações sociais, para onde transfere questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva. A ressonância simbólica¹ aparece, então, como uma condição necessária para a articulação bem sucedida da dicotomia singular (sofrimento singular, herdado da história psíquica própria a cada indivíduo ou dimensão diacrônica) com a sincronia coletiva (sofrimento atual, surgido do reencontro do sujeito com a situação do trabalho ou dimensão sincrônica). "Esse ponto é essencial, porque em relação à produção e à qualidade do trabalho, a ressonância simbólica permite fazer o trabalho beneficiar-se da força extraordinária que a mobilização dos processos psíquicos nascidos do inconsciente confere. A ressonância simbólica é, por assim dizer, uma condição de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção" (Dejours, 1993, p.157).

Segundo Dejours (1993), o problema psicopatológico essencial decorre das pressões psíquicas ocasionadas pela separação taylorista entre os trabalhos de concepção e de execução, pois confiscando dos trabalhadores a concepção do seu trabalho, a organização científica do trabalho origina uma clivagem entre corpo e pensamento. Separando excessivamente concepção e execução, desorganiza-se o que é o próprio fundamento do "recurso humano", no plano singular. Quebram-se as transparências e as

¹Para Dejours (1993), na infância, a criança utiliza o jogo convidando seus pais para representar um teatro intermediário e imaginário, no qual seu sofrimento constitui-se no enredo. No trabalho, se dá o deslocamento do cenário original do sofrimento para a realidade social, mesmo que num teatro menos aberto, que o precedente, ao livre vôo da imaginação. Os parceiros, então, já não são os pais, mas os trabalhadores, outros adultos e o seu objetivo não é apenas o prazer de um jogo, porém a ação no campo das relações sociais, de produção e políticas. A transposição do teatro psíquico (do jogo) para o teatro do trabalho, não é automática, porém requer analogias de estrutura e de forma, "analogias que não implicam nem identidade nem equivalência absoluta" (p. 156), mas que desencadeiam uma ambigüidade, um equivoco, que mobiliza a imaginação e a criatividade. O equivoco ou ambigüidade insere-se na essência da simbolização, daí, tal ambigüidade denominar-se de ressonância simbólica.

relações de confiança necessárias para a construção e a estabilização do grupo de trabalho e do sentimento de pertencer à comunidade. Dessa forma, assim procedendo, são minadas as próprias bases da cooperação.

Adotando a lógica gerencial taylorista, a administração instala-se em posições prescritivas e renova a clivagem entre concepção e execução. "A lógica dessa postura gerencial é, ao fim, desmobilizar os trabalhadores e destruir a ressonância simbólica, isto é, o quadro humano que tornaria possível a utilização da imaginação, da criatividade e da iniciativa operárias" (Dejours, 1993, p. 167). O sofrimento e as defesas contra o sofrimento, decorrentes da organização prescrita do trabalho, introduzem a desconfiança entre os diferentes níveis de trabalhadores, interferem na qualidade da produção, provocando uma desorganização da cooperação.

Para o alcance de determinado objetivo, muitas vezes, o caminho a ser percorrido obriga os trabalhadores a introduzirem modificações, reajustamentos e improvisações importantes ao plano de trabalho previsto inicialmente, violentando as regras. Portanto, na situação real, a lacuna que cada trabalhador deve, necessariamente, gerir entre a organização prescrita do trabalho e a organização real exige sempre uma atividade de concepção. "É essa atividade de concepção que toma o lugar da atividade de experimentação ocupada outrora, na criança, pelo jogo" (Dejours, 1993, p. 158).

Reajustar a organização do trabalho prescrita leva, muitas vezes, o trabalhador a se colocar na ilegalidade e, até mesmo, a assumir riscos. Há a exigência, portanto, de cada setor de que se tomem decisões e que se façam escolhas entre diferentes formas de proceder, diferentes formas de atingir os objetivos, diferentes modos operatórios, diferentes formas de "fraudar".

Cada vez que o trabalhador encontra solução aos problemas que lhe são colocados (atividade de concepção) e que obtém, em troca, reconhecimento social de seu trabalho, é

também o *sujeito sofredor*, mobilizador de seu pensamento que recebe reconhecimento subjetivo à sua capacidade para conjurar a angústia e dominar seu sofrimento. Porém, o *prazer* obtido dessa gratificação tem curta duração, ressurgindo o sofrimento, impelindo-o para outras situações de trabalho, novas apostas organizacionais e novos desafios simbólicos. Por outro lado, sendo o reconhecimento a retribuição fundamental da sublimação, isto significa que esta representa um importante papel na conquista da identidade. Identidade e reconhecimento social, como condição de sublimação, conferem à primeira uma função essencial na saúde mental.

Segundo Dejours & Abdoucheli (1994), a sublimação é um processo psíquico, através do qual as pulsões encontram uma *saída dessexualizada no campo social*. Por outro lado, vêem com dificuldade como o trabalho parcelar poderia oportunizar ocasião para sua ocorrência. Conforme Dejours (1993), a sublimação é muito melhor distribuída do que a capacidade de construir uma economia erótica estável. Prova disso, é que muitas pessoas só conseguem manter-se equilibradas e obter satisfações afetivas graças ao trabalho. Dessa forma, trabalho e sublimação aparecem como operadores fundamentais da saúde mental. Muito freqüentemente, o entrave ao jogo sublimatório não é resultado da incapacidade psíquica do sujeito tanto quanto da ausência das condições organizacionais necessárias ao estabelecimento da ressonância simbólica.

O sujeito, na impossibilidade de elaborar, nas organizações, essas condições favoráveis, não se beneficia do trabalho para dominar o sofrimento e transformá-lo em criatividade. Para Dejours (1993, p. 160), "a criatividade confere sentido porque ela traz, em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento e identidade", *o sofrimento adquire um sentido*, portanto, "definitivamente, o *prazer* no trabalho é um produto *derivado* do sofrimento". Tal conclusão do autor, fundamenta-se na observação de que, se por um lado, os trabalhadores empenham-se em lutar contra o sofrimento, por outro, não buscam situações de trabalho isentas de sofrimento chegando, até, a detestá-las. Enfrentam, sem

hesitação, as dificuldades e a adversidade das situações de trabalho. Buscam desafios porque "a realidade do trabalho é um terreno propício para jogar e re-jogar com o sofrimento, na esperança que esse desempenho desemboque nas descobertas e nas criações socialmente, e mesmo, humanamente úteis". Ao invés de eliminar o sofrimento do trabalho, o problema que se coloca para a administração seria, antes de tudo, propiciar condições aos trabalhadores para gerirem eles mesmos seu sofrimento, em proveito próprio e da produtividade.

"Enfim, a problemática do sofrimento permite dar conta, de maneira igualmente satisfatória, tanto da motivação e do prazer no trabalho como da desmotivação e dos efeitos patogênicos do trabalho" (Dejours, 1993, p. 161).

Quando se torna impossível o rearranjo da organização do trabalho, bloqueando a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa, a atividade fantásmica, a imaginação e o sofrimento criativo chegam a entrar em concorrência com a injunção de realizar um modo operatório prescrito e rigidamente definido. Os trabalhadores travam luta contra a espontaneidade do próprio pensamento, pela tendência deste a desorganizar sua atividade, perturbar suas cadências e a ocasionar erros. Em outras palavras, o trabalhador obriga-se a lutar contra as emergências de seu pensamento e de sua atividade fantásmica.

Como não existe um modo simples de deter o pensamento, à disposição do trabalhador, este recorre a estratégias defensivas muito particulares, com vistas a paralisar sua atividade psíquica espontânea, e não simplesmente descartá-la, o que se revela efêmero, pois sempre retorna. Para tanto, a maioria dos trabalhadores, acelerando o ritmo de trabalho, por meio da fadiga, paralisa seu funcionamento psíquico. Estas tarefas anti-sublimatórias conduzem ao surgimento do sofrimento psíquico que pode se evidenciar sob a forma de um padecimento físico e não de uma doença mental.

Bakan (1979) relata que a incidência do padecimento físico ou somático, entre indivíduos com um transtorno psicológico definido, é muito maior do que se poderia esperar normalmente. Em diversos estudos, evidenciou-se um nexo entre o desajuste psicológico e várias formas de separação e desintegração sociocultural. A ocorrência de sintomas se conecta com as relações interpessoais do indivíduo, tanto na sua infância como em sua situação imediata. Os sujeitos vítimas do maior número de padecimentos somáticos tendiam, também, a manifestar psicose, psicose e outros transtornos do pensamento, do estado anímico e da conduta. Outros males tendiam a concentrar-se no tempo e a coincidir com épocas em que encontravam maiores dificuldades de adaptação a todas as situações da vida, manifestando-se, particularmente, quando o indivíduo percebe sua situação como peculiarmente ameaçadora.

2.4 - A ORGANIZAÇÃO DEJOURIANA DO TRABALHO

Conforme Dejours (1994b), a organização prescrita do trabalho materializa-se por um tipo de manual de procedimentos, no qual, para cada operação, há um grande número de tarefas elementares a realizar, superpondo tal quantidade de consígneas que mostra a sua inaplicabilidade prática, pois ao se querer respeitá-las, torna-se impossível, muitas vezes, realizar o trabalho. Tanto os operadores quanto os executivos são levados a transgredir os procedimentos prescritos, adotando a prática inevitável do *quebra-galho*. "As escolhas técnicas e operatórias feitas pelos agentes, em todos os níveis de qualificação, devem ser entendidas aqui, a partir da mobilização efetiva da *iniciativa*, da *inventividade*, da *cooperação* dos operários para preencher e ultrapassar as incoerências, as inconveniências, as insuficiências e as impossibilidades práticas da organização prescrita do trabalho"(op. cit. p. 52).

Desta forma, revela-se, assim, uma inadequação irredutível entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real (Dejours, 1993). Mesmo que útil e necessária como referência, a organização prescrita do trabalho apresenta zonas de indefinições que suscitam sentimentos de apreensão ou mesmo medo, tanto nos operadores, quanto nos executivos (Dejours, 1994b).

Embora as características do ofício estejam bem definidas pela habilidade e competências profissionais, isso não evita que, nas condições reais de trabalho, seja extremamente difícil a realização das tarefas. O drama do sofrimento localiza-se no desconhecimento das dificuldades experimentadas pelos operários ou na negação pela gerência ao reconhecimento de uma discordância irredutível entre organização do trabalho prescrita e organização do trabalho real. As lógicas defensivas dos executivos conduzem à construção da psicologia espontânea pejorativa, imputando as imperfeições do sistema àqueles que executam o trabalho: deplorando a falta de formação dos agentes ou proferindo um julgamento de condenação moral dos operários. As lógicas defensivas dos operários, por sua vez, conduzem à tática do segredo e à construção dos particularismos de equipes, na qual a coesão procede da referência a inimigos comuns (Dejours, 1993; Dejours, 1994b). Cabe ressaltar, aqui, que parece não existir nada mais eficaz do que uma outra pessoa que, por meio de seu olhar, gesto ou comentário, auxilie o desenvolvimento de um indivíduo ou, ao contrário, aniquile a realidade de sua existência (Chanlat & Bédard, 1993).

As defesas coletivas, inicialmente destinadas a lutar contra o sofrimento decorrente das relações com a hierarquia e a prática dos quebra-galhos, voltam-se contra os próprios agentes. Às vezes, as ideologias defensivas da profissão favorecem o enrijecimento das relações sociais de trabalho existentes e a estabilização do individualismo, porém, nem sempre, eliminam os problemas inerentes à organização do trabalho. Neste sentido, por todo o imaginário, com sua função alienante e de ocultação

das relações sociais, o individualismo desempenha uma desapropriação da inteligibilidade e do poder sobre o ato. Contudo, antes da radicalização individualista, na situação cotidiana, os agentes defendem-se destas pressões patogênicas, segundo modalidades que lhes atribuem um poder de ação sobre a organização do trabalho, concretizando uma organização real bem diferente da organização prescrita.

Dividir para reinar é uma das táticas de que se valem os executivos que fazem funcionar as rivalidades e as oposições ideológicas defensivas das equipes. Tal tipo de manipulação exacerba as contradições no nível da base, de modo que as ideologias defensivas, destinadas primeiramente a lutar contra o sofrimento decorrente da organização do trabalho, contribuem para desestruturar as solidariedades sindicais.

A partir de certo limite, o individualismo generalizado pode levar a desordens preocupantes em matéria de organização do trabalho de qualidade, de produtividade e segurança. Para explicar a ocorrência dos incidentes ou o aparecimento de acidentes, em maiores proporções, é suficiente considerar a desestruturação das relações de cooperação e de prazer no trabalho, sem necessidade de invocar causas outras ou atribuí-los à incompetência ou à falta de formação dos agentes (Dejours, 1994b).

Para transformar o sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa, faz-se fundamental o uso da palavra, num espaço de discussão, onde perplexidades e opiniões tornem-se públicas. Entretanto, isso não exclui que tanto os trabalhadores como a gerência necessitem de escalas e da organização do trabalho prescrita, pois o exercício da palavra, nesse espaço público, supõe um referencial comum formado, precisamente, pela organização prescrita do trabalho. "A participação da gerência, no espaço público interno de negociação da organização real do trabalho, permite, com efeito, trazer à luz também as estratégias defensivas da gerência contra seu sofrimento" (Dejours, 1993, p. 171), com isso pode-se afirmar que o sofrimento criativo, ou seja, a transformação do sofrimento

em criatividade, passa por um espaço público, estando ameaçada cada vez que este espaço tender a se fechar. À medida que esse espaço é constituído e reconstituído, emergem condutas completamente contrárias ao individualismo e à negligência, tão freqüentemente denunciadas; engajamento apaixonado, senso de responsabilidade, mobilização da criatividade são investidos novamente no trabalho. "A qualidade parece, por outro lado, indissociável do exercício do prazer no trabalho, enquanto a segurança originada de pesquisa da qualidade implica e redobra a gestão da temática da saúde dos trabalhadores"(op. cit. p. 172). Assumidos os objetivos de qualidade, os trabalhadores e o coletivo de trabalho comprometem-se, de fato, com a conservação, a manutenção, a boa utilização e o cuidado das instalações e instrumentos.

2.5 - O TRABALHO NA ÁREA DA ENFERMAGEM

Anteriormente à implantação do Modelo Capitalista de Produção, a enfermagem era desenvolvida como uma atividade voltada à prestação de cuidados caritativos, residindo sua ênfase mais à salvação da alma, tanto dos moribundos como de quem os assistia. Os hospitais não eram vistos como locais de cura, mas como morredouros para onde eram levados os doentes e desassistidos. O paradigma cristão enfatizava valores relacionados a amor, abnegação e desprendimento, não valorizando a luta por remuneração digna, condições ambientais de trabalho adequadas e inserção na vida social e política.

Com a reforma protestante, este modelo dito religioso, sofre profundas modificações, em decorrência da expulsão dos religiosos que se dedicavam ao cuidado dos doentes. Com a derrocada do feudalismo e a implantação do capitalismo, a diminuição do espírito religioso interferiu na prestação dos cuidados de enfermagem. Em

decorrência da organização e institucionalização do hospital como local de cura, em fins do Século XVIII, no mesmo processo de transformação social com a implantação do capitalismo, o trabalho da enfermagem, em grande parte praticado por mulheres sem preparo específico, artesanalmente, modifica-se. Primeiramente, o treinamento almejava a organização, higienização e disciplinarização do ambiente hospitalar, para possibilitar o projeto social de cura e recuperação da força de trabalho, através do modelo clínico. Assim, neste período, as necessidades sociais de saúde eram de recuperação da força de trabalho. O objeto do trabalho médico, portanto, passa a ser os corpos individuais e o hospital torna-se um instrumento do trabalho médico.

Além do médico, surgem outras categorias, instalando-se, no hospital, um trabalho coletivo em saúde. Embora a enfermagem, enquanto trabalho, já se encontrasse presente no hospital, sua finalidade transforma-se, em decorrência da transformação que ocorreu na finalidade do trabalho médico, ou seja, a cura dos doentes. O processo de trabalho de enfermagem foi uma entre essas práticas, face à dimensão assumida pelo cuidar, o primeiro a ser absorvido, no âmbito institucional (Almeida et al., 1989; Castellanos, 1989).

A partir da segunda metade do Século XIX, alguns fatores favoreceram o melhoramento das condições de higiene das instituições hospitalares. Um importante fator que contribuiu para melhorias no funcionamento hospitalar foram as concepções higienistas de Florence Nightingale que a levaram a se interessar pela organização do trabalho, no ambiente hospitalar. Demonstrou ser necessário aplicar funções administrativas nas organizações hospitalares, comprovando, por meio de atos, suas convicções, de tal sorte que os repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira da administração hospitalar.

Com a implantação do capitalismo, a vida do homem, como investimento e força de trabalho necessários à industrialização, adquire um valor diferenciado devendo ser, portanto, recuperado e curado da doença. Estas condições propiciaram o desenvolvimento do modelo dito vocacional e o hospital, como local de cura, como um espaço controlável, adquire um novo status. E é neste novo espaço que Florence Nightingale procura dar outro significado à enfermagem.

2.5.1 - A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM MODERNA

A Enfermagem Moderna, preconizada por Florence, representava sua concepção de enfermagem. Sua educação aristocrática exerceu grande influência na organização da nova escola. Esta instituição admitia dois tipos de estudantes, de acordo com sua classe social: as "nurses", oriundas de uma classe sócio-econômica inferior, cujo ensino era gratuito (porém condicionado a uma retribuição ao hospital de um ano de trabalho não remunerado, após a conclusão do curso), para exercerem o cuidado direto aos pacientes, ou seja, o trabalho manual; as "ladies-nurses", provenientes de uma classe sócio-econômica mais elevada, que pagavam seus estudos, preparadas para o exercício do ensino e da supervisão das "nurses". Institucionalizava-se, na hierarquia da enfermagem, a divisão do trabalho em intelectual e manual.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, no Brasil, ao estabelecer as competências das diversas categorias ou níveis de formação do pessoal de enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem), reproduz e legitima a divisão técnica do trabalho, no interior da profissão. Ao enfermeiro é legalmente permitido o exercício de todas as ações de enfermagem sendo-lhe facultadas algumas privativas porém, geralmente, faltam-lhe condições, nas diferentes instituições de saúde, para poder exercê-las. Na prática, em geral, todas as demais categorias fazem tudo,

cabendo ao enfermeiro o desempenho de atividades administrativas e de ensino, ou seja, atividades que, no modelo nightingaleano, eram de competência das "ladies-nurses".

Blank (1987) buscou identificar a estruturação da divisão do trabalho e as relações que se estabelecem entre os vários agentes do processo de trabalho da enfermagem. Considera que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro não se deveram ao acaso e isoladamente, mas obedecendo ao Modo de Produção Capitalista, no qual todo trabalho coletivo necessita de um indivíduo que assuma a coordenação e a gerência do mesmo. Ressalta que a separação entre concepção e execução do trabalho faz com que os auxiliares do enfermeiro percam o conteúdo de seu trabalho, dificultando o entendimento e o controle do próprio processo de trabalho, transformando suas atividades em operações unilaterais, mecânicas e monótonas. No seu entender, isto explica, em grande parte, a rotina do trabalho e a queda da qualidade da assistência prestada, impossibilitando a compreensão e identificação da importância da sua atividade parcelar, no conjunto do processo do trabalho em enfermagem.

Do exposto, pode-se concluir que a enfermagem, desde sua institucionalização como profissão, tem sido um campo fértil às influências dos conceitos provenientes da administração, principalmente os provenientes de Taylor e Fayol, o que tem facilitado sua inserção nas organizações burocráticas.

Por outro lado, em decorrência da natureza do trabalho da enfermagem, o capital impõe-se por meio de uma relação formal de assalariamento, adquirindo os direitos sobre a força de trabalho, durante a jornada de trabalho, mas não se apropriando do conhecimento técnico, ainda de posse do trabalhador, e nem, tampouco, na hegemonia sobre seu processo de trabalho.

Segundo Ruas (1985), a divisão do trabalho constitui-se numa primeira forma de organização, segundo os objetivos de valorização do capital. O capital, pela divisão do

trabalho, consegue parcelar, desvalorizar e simplificar o trabalho individual, constituindo a primeira forma do trabalhador coletivo e, assim, criar melhores condições para sua própria valorização.

De acordo com este autor, essa crescente fragmentação do trabalho, com vistas a sua padronização e programação, passa, necessariamente, pela redução da subjetividade, implicando perda de participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Como a subjetividade do trabalhador coloca-se em contraposição à valorização do capital, quanto menos qualificados forem os trabalhadores, maior facilidade de intervenção do capital sobre a forma de realizar as operações, sobre o tempo e precisão do processo de trabalho. A tendência evolutiva do processo de trabalho avança no sentido de fragmentar, cada vez mais, as tarefas, na tentativa de eliminar toda a exigência de qualificação e, conseqüentemente, erradicar do processo produtivo os aspectos inerentes ao trabalho qualificado. Separar as tarefas de concepção das de execução, prever e padronizar as operações de produção são formas que o capital utiliza para independer do conhecimento e experiência do trabalhador qualificado. A divisão do trabalho contribui, significativamente, para que as condições objetivas do processo de trabalho tornem-se, progressivamente, predominantes em relação às subjetivas, com vista a um maior nível de controle do capital sobre o trabalho.

Na enfermagem, as técnicas de programação e supervisão do processo de trabalho não atingiram um grau de objetividade e continuidade capaz de determinar uma forma de controle suficiente para retirar do trabalhador a sua relativa autonomia sobre o conteúdo do trabalho.

Por outro lado, a enfermagem moderna, desde sua concepção e institucionalização, já adotara a divisão técnica do trabalho, com base na divisão social do trabalho, apresentando, desde sua origem, um caráter fragmentário, fundamentado na

diferenciação de saberes e práticas. Tais fatos deram um caráter hierárquico à profissão, além de coletivo.

Os trabalhadores da enfermagem, em decorrência da natureza predominantemente subjetiva das ações que desenvolvem, necessitam certo grau de qualificação detendo, ainda, controle significativo sobre seu processo de trabalho. Graças a essa detenção do controle sobre o seu saber-fazer e a impossibilidade, pelo menos a curto e médio prazos de incorporação à máquina desses conhecimentos e habilidades, os trabalhadores da enfermagem mantêm certa autonomia que será preservada enquanto o controle do capital sobre o trabalho se mantiver num nível que possibilite espaço para o exercício da subjetividade.

2.5.2 - O TRABALHO EM SI DA ENFERMAGEM

A enfermagem pode ser entendida como uma ciência humana, de pessoas e experiências, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrangem do estado de saúde ao estado de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas do cuidar de seres humanos. Enquanto ação social, pode ser definida como uma atividade realizada por pessoas que se ocupam do cuidado à vida, à doença, à morte e ao meio ambiente. Em princípio, assume a responsabilidade de se solidarizar com pessoas, grupos, famílias e comunidades, objetivando a mobilização da cooperação de cada ser humano para alcançar, conservar e se manter em estado de saúde. Em essência, quem exerce a enfermagem presta cuidados de preservação, conservação e manutenção da vida, quando coloca todas as suas ações em função de manter o corpo sadio. Portanto, a enfermagem deve ser compreendida como arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras.

A enfermagem é uma profissão dinâmica, continuamente sujeita a transformações e incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, pautando-se pelo princípio ético de manter ou restaurar a dignidade dos corpos, em todos os âmbitos da vida, corpos estes que, muitas vezes, chegam condicionados por enfermidades de vários tipos, violências, carências e misérias, bem diferentes do corpo mitológico divulgado pela mídia, quase sempre harmonioso e perfeito. Em seu sentido mais humano, os atos de enfermagem, em essência, buscam a síntese entre arte e ciência, filosofia e técnica, entre o social e o natural, pois são acontecimentos de esmerada preparação, constituídos por esforço e competência. Acontecem num tempo imediato, justo, real, previsto e, em determinadas situações, revistos, só se esgotando quando atingem sua significação - por exemplo, o alívio e o bem-estar que uma pessoa experimenta, após ter um ferimento tratado ou o prazer e o conforto apresentado depois de um banho.

A enfermagem, como ciência, procede, na prática, pelo modelo interativo, convivendo com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com a ambigüidade e com a incerteza, onde cada cuidado tem importância vital, uma vez que lida com acontecimentos graves, como doenças, deficiências e a morte. Durante uma intervenção de enfermagem, sinônimo de interação humana, é preciso que os atos de cuidar articulem-se com princípios de conservação de energia e integridade pessoal, social, política e estrutural, além da percepção das tensões biofísicas e psicossociais das pessoas que ingressam no sistema de atendimento à saúde. Entender a experiência da enfermagem transcende a abordagem impessoal e distante da ciência. Tal experiência só pode ser compreendida com um toque de sensibilidade da imaginação criativa (Lima, 1993).

A prática da enfermagem, concebida como prática social, historicamente estruturada e socialmente articulada, não deve ser vista, apenas, como uma prática técnico-científica produtora de um conhecimento linear sobre o cuidar, no sentido de

como realizá-lo cada vez melhor e de como organizá-lo e administrá-lo mais lógica e racionalmente. Ela é constitutiva das práticas sociais, em geral, e das práticas de saúde, em particular, caracterizando-se o trabalho em saúde, como um processo coletivo, composto de áreas técnicas específicas como a medicina, odontologia, farmácia, serviço social, etc. Enquanto trabalho, a enfermagem é parte desse coletivo, constituindo um conjunto complementar e interdependente referido ao todo. Apesar de sua especificidade, a assistência de enfermagem contribui para a integralidade da assistência à saúde, tanto no modelo de saúde individual como no de saúde coletiva, que por sua vez são partes complementares de um mesmo trabalho. Por outro lado, cabe salientar que a enfermagem contém um processo onde diferentes categorias compartilham parcelas deste trabalho, configurando-se como uma profissão socializada, enquanto o mesmo não ocorre com outros profissionais da saúde. A enfermagem, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, onde os agentes se multiplicaram, se constitui numa prática heterogênea, realizada por diferentes categorias, com formação escolar que vai do nível elementar ao superior (Almeida, et al., 1989; Albuquerque, 1989; Castellanos et al., 1989).

Tal configuração confere à enfermagem uma característica de um serviço especializado e coletivo, mas que não produz valor direto. Ocorre, enquanto trabalho coletivo, por distribuição de suas parcelas entre seus diferentes agentes, por meio de operações hierarquizadas, divididas por complexidade de concepção e execução. Habilidades diferenciadas, portanto, são exigidas de seus agentes para o manejo de instrumentos, métodos e processos. O hospital, considerado como um instrumento de trabalho, oportuniza a concentração e organização desses agentes e meios de trabalho, favorecendo sua utilização, em espaços e tempos simultâneos. Desta forma, surgem as necessidades de controlar a utilização desses instrumentos e de imprimir unidade a esses trabalhos parciais. Tais necessidades corporificam-se num desses agentes, que assume a atividade gerencial, supervisionando direta e continuamente os trabalhadores e o processo

como um todo, por delegação de quem detém poderes para tal. Na enfermagem, a responsabilidade pela parte intelectual do trabalho fica a cargo do enfermeiro e sua parte manual é executada pelos diferentes trabalhadores da equipe de enfermagem. Por outro lado, atividades mais especializadas exigem um trabalhador melhor preparado técnica e intelectualmente para cumprir uma dupla função: promover a unidade e organização desse trabalho coletivo e ser recurso para a fase intelectual do mesmo, planejando-o ou desenvolvendo novos processos, métodos e instrumentos materiais. Tal característica exige formação diferenciada e se apresenta como um fator para o desenvolvimento da hierarquia na enfermagem. Porém, cabe ressaltar que novos métodos e técnicas que exijam trabalhadores mais especializados, maior gasto de tempo, sem retorno em termos de lucros, tendo em vista a realidade presente, é de se supor que não sejam aproveitados. Tal fato pode ser comprovado pelo que ocorre no setor saúde, com o emprego de mão de obra somente no limite da qualidade e quantidade necessários para não causar danos visíveis aos que precisam deste tipo de serviço. Entretanto, apesar de seu preparo para assumir um trabalho mais intelectual e mais complexo, o enfermeiro tem permanecido sujeito ao trabalho médico, não lhe sendo permitido (ou não se permitindo?) ter acesso ao poder que socialmente seria esperado de um profissional de nível universitário (Leopardi et al., 1989).

Conforme afirmam Almeida et al. (1989), na medida em que o trabalho humano pode ser separado em sua concepção e execução, tal característica também se evidencia no trabalho na área da saúde. O médico, por ser considerado, tradicionalmente, quem executa o lado mais intelectual do trabalho em saúde, assume a responsabilidade principal, passando a dominar todo o processo e reproduzindo, em certa medida, as relações sociais de classe, estabelecendo relações de poder com as demais profissões deste processo para sua própria reprodução.

Assim, o processo de trabalho da enfermagem, no modelo de saúde individual institucionalizado, torna-se um instrumento ou um meio do processo de trabalho médico. Na organização tecnológica do processo de trabalho de enfermagem individual, o cuidar faz-se mais presente no cotidiano das categorias subordinadas ao enfermeiro, evidenciando-se como atividade-meio do processo de trabalho médico, ao passo que administrar é a atividade mais frequentemente desenvolvida pelo enfermeiro, coordenando as atividades do pessoal de enfermagem e a relação com outros setores da organização. O fato do cuidar ser uma atividade meio, adquirindo um caráter subsidiário/complementar, não implica que seus agentes devam ocupar um lugar subalterno e que por isso, devam deter menor prestígio (Castellanos et al. , 1989).

Paradoxalmente, talvez, em nenhuma profissão, o exercício do poder esteja tão presente na rotina quanto na atuação da enfermagem. O poder compreende, em sua concepção mais simples, atos de executar ou de fazer com que outros executem, pela argumentação ou pela força. Para exercê-lo é necessário associar as ações com as idéias e com os atos do querer saber e do querer fazer. O enfermeiro ordena, estabelece e executa atos contínuos de cuidados a serem prestados a outras pessoas, além de atos administrativos para garantir o equilíbrio do meio ambiente (Lima, 1993).

Por outro lado, a negação do desejo de pleno acesso ao poder, talvez, se deva à internalização de valores vinculados ao processo de sobrevivência, no âmbito doméstico-familiar e, posteriormente, transpostos para o âmbito público, de forma acrítica. Esse fenômeno pode ser atribuído, em parte, aos preconceitos sociais sexistas, uma vez que o maior contingente de trabalhadores na área da enfermagem pertence ao sexo feminino e, em decorrência disso, a prováveis tabus internalizados pelas meninas na infância, sinalizando que seu prestígio social depende de sua capacidade de prestar serviços à família e à sociedade, por abnegação e amor, sem exigir nenhuma retribuição.

2.5.3 - A IMAGEM PROFISSIONAL NA ÁREA DA ENFERMAGEM

Historicamente, a associação de enfermagem com o gênero feminino é significativa na divisão técnica, social e política do trabalho, porque tem implicado menor prestígio profissional para quem a exerce. Na base ideológica do paradigma religioso brasileiro, o que se manteve foi a fixação da enfermagem num lugar de complementariedade na saúde, com profissionais abnegados, invisíveis, assexuados, passivos, obedientes e, como consequência, despolitizados. Em todas as profissões exercidas majoritariamente por mulheres, existem tabus que são exacerbados na enfermagem por se tratar de uma profissão totalmente voltada para o trabalho com o corpo de outras pessoas. Por outro lado, na maioria dos órgãos formadores de profissionais de enfermagem, o corpo é tido como ferramenta de trabalho, sendo adestrado para realizar técnicas, sem que se dê a devida importância ao desenvolvimento de sua capacidade emocional. Além disso, por se tratar de uma profissão idealizada como sublime, cujos valores maiores residiam na trilogia dedicação, abnegação e amor, a concepção de um corpo rígido, limpo, agradável, inodoro e sem prazer ainda faz parte do ensino dos três níveis da enfermagem (Lima, 1993).

Por seu turno, a múltipla divisão técnica do trabalho na enfermagem reforça, cada vez mais, as diferentes valorizações do trabalho feminino, pois o parcelamento do processo de trabalho barateia suas partes individuais, conferindo diferentes valores no mercado de trabalho, de acordo com o grau de perícia e de energia que demanda. Apesar da formação, experiência, desempenho profissional e permanência prolongada no trabalho, os indicadores disponíveis sobre o mercado de trabalho das diversas profissões, revelam que, dentre os profissionais graduados, o enfermeiro desponta como a força de trabalho mais desvalorizada, extensivo às demais categorias da enfermagem, em geral. Tal evidência não é apenas chocante pelo fato da alta responsabilidade do profissional lidar com vidas humanas, mas pelo fato de se submeter à maior jornada de trabalho de

todos os profissionais da saúde, em ambientes de trabalho com instalações precárias, desestimulando novas vocações (Castellanos, 1989; Lima, 1993).

Mesmo tendo presente que a enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais da área da saúde e é responsável pela maioria de suas ações, não se consegue sair da constatação e lamentação de sua exclusão, desvalorização e desconsideração. Apesar de sua grande importância e enorme responsabilidade, não é compensada com o mínimo das condições necessárias para o exercício deste papel social. Portanto, há necessidade de profundas modificações no atual modelo de saúde, na perspectiva de realizar uma verdadeira reforma sanitária e alterar, significativamente, as condições do exercício profissional (Lorenzetti, 1989).

Minayo (1989) afirma que, a enfermagem influenciada pelo personalismo cristão, além de exigir uma plena consciência profissional, a contrapunha às atividades próprias dos movimentos sociais. Entretanto, quase todas as profissões também viveram um movimento de divisão interior, onde a tarefa profissional opunha-se à participação política, o compromisso social se realizava e reduzia ao específico da atividade profissional.

A meta da atuação da enfermagem é a de oferecer à comunidade serviços revitalizados e competentes, a partir de um processo consciente de diagnóstico, conjugado com um plano individual de intervenções que possibilite o melhor cuidado, comunicando-se dentro da equipe com a utilização de uma linguagem comum, reconstituindo o saber próprio da enfermagem e delimitando seu campo de ação e competência. No momento em que se possa entender o trabalho da enfermagem como um trabalho não apenas técnico mas que reproduz as relações sociais, é imprescindível o instrumental do conhecimento da ação política para o desempenho de uma prática comprometida com as necessidades de saúde e, assim, competente (Almeida et al., 1989; Lima, 1993).

Na enfermagem, o peso das representações sociais, em torno do seu trabalho e de seus agentes, tais como abnegação, sublimação, espírito missionário, docilidade, tidos como atributos morais necessários, serve de desestímulo à inserção da categoria em lutas por melhores condições de trabalho. Na verdade, o trabalho em si aparece como meio de "expição", "dignificação" e "valorização" do homem, e parece que, quanto mais árduo, melhor. Dignidade e valorização, entretanto, não devem ser identificadas com dificuldade, más condições de trabalho, de vida e de saúde, mas sim com seu oposto (Leopardi et al., 1989).

2.6 - A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL

Não se pode identificar uma origem única do hospital. Já existia na Grécia e Roma Antigas, onde vários templos foram criados para homenagear deuses e serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Há registros de hospedarias, hospitais e hospícios, em países como China, Ceilão e Egito, antes e depois de Cristo, onde pessoas caridosas patrocinavam e cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes.

Na Idade Média, o hospital passa a adquirir novas conformações e missões. As crescentes mudanças econômicas e sociais trazidas com o mercantilismo impuseram, gradativamente, mudanças aos hospitais, no ocidente. Essas novas missões e a mudança de qualidade da instituição hospitalar, surgiram em resposta às necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações européias, em decorrência do florescimento do mercantilismo e da incipiente industrialização. Foram estabelecidas leis e posturas de caráter coletivo, criados hospitais gerais e dispensários para, dentro de limites toleráveis, deter as epidemias e endemias, cujos principais financiadores e interessados eram os negociantes, os mercadores e os novos ricos, que se sentiam ameaçados, tanto nos negócios como em suas próprias vidas (Ribeiro, 1993).

Até o Século XVIII, as instituições hospitalares eram, essencialmente, áreas de assistência, não se identificando, ainda, a função médica nas mesmas. Os pobres e necessitados eram recolhidos com a finalidade de receber assistência material e espiritual, sendo excluídos e afastados das demais pessoas, as quais estariam, assim, protegidas dos prováveis perigos de contágio. Esses hospitais funcionavam de forma extremamente precária, com excessivo número de doentes, grande risco de morrer e péssimas condições higiênicas; pessoal pouco qualificado e reduzido, sendo o trabalho assistencial tido como caridade e penitência. Muito provavelmente, os hospitais não curavam tanto quanto deviam, mas ao contrário, costumavam produzir, pela inobservância e desconhecimento de regras básicas de higiene, surtos epidêmicos dizimadores. É questionável a função terapêutica do hospital, em sua origem, uma vez que até o Século XVIII, a personagem ideal do hospital era o pobre que estava morrendo e não o doente que era preciso curar. A partir do Século XVIII, o hospital perde as missões de penitência e misericórdia da Idade Média e torna-se, em definitivo, um local de tratamento e recuperação, ao incorporar o cientificismo da medicina (Foucault, 1990).

Ao final do Século XVIII e início do Século XIX, num contexto de transformações sociais, a burguesia assume como classe dominante, especialmente na Inglaterra, verificando-se grandes transformações nas práticas de assistência à saúde. Há a introdução, por Florence Nightingale, de várias técnicas disciplinares que impõem limites ao espaço social que os diversos trabalhadores da saúde ocupam na hierarquia hospitalar e, em particular, na hierarquia da enfermagem. Assiste-se, portanto, no hospital disciplinado e medicalizado e tido como um local terapêutico, uma reorganização administrativa em que o topo da hierarquia ocupado, até então, pelo pessoal religioso passa a ser preenchido pelo médico, o novo detentor do saber (Almeida & Rocha, 1989).

As reformas, primeiramente, se fazem nos hospitais militares, a partir de um reordenamento administrativo e político, com mudanças na sua estrutura de poder. Após

o surgimento do fuzil e do investimento no adestramento do soldado para manuseá-lo, este tem seu corpo valorizado, buscando-se sua cura e recuperação sempre que doente ou ferido, bem como outras medidas que impedissem sua deserção, quando da hospitalização ou retardo no retorno às atividades do exército (Foucault, 1990).

Portanto, na origem da medicalização do hospital, encontra-se a disciplinarização do espaço hospitalar pelo controle e gerência dos homens, esquadramento do espaço e a transformação do saber médico. Este saber vem a constituir-se numa medicina do meio, não mais dirigido à doença, porém direcionado ao que a rodeia, como o ambiente, o ar, a água e a ventilação. O médico, com o deslocamento de sua intervenção para o espaço hospitalar, busca a recuperação do doente como força de trabalho necessária, neste período de desenvolvimento industrial. Intensifica suas visitas aos pacientes e, gradativamente mais presente no meio hospitalar, assume a direção administrativa desta instituição (Foucault, 1990).

Somente após a redução sensível da mortalidade por infecções e à medida que alojamentos diferenciados são instalados é que as pessoas ricas e remediadas passaram a utilizar o hospital como local terapêutico. Porém, apenas a partir da metade do Século XX, com a produção industrial de equipamentos e quimioterápicos é que o hospital assume novas características e novas missões, próprias do hospital contemporâneo. Mudaram, com o tempo, suas características, suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. Portanto, o caráter empresarial do hospital não se deve apenas a sua complexidade reconhecida, que requer obrigatoriamente uma administração profissional, priorizando os problemas gerenciais e financeiros com vistas a elevar sua eficiência e qualidade assistencial (Ribeiro, 1993).

Entre as décadas de 30 e 50 ocorreu a transferência da morte para o hospital, como uma missão quase exclusiva. Afinal, só se pode morrer, hoje, sob os cuidados de

estranhos, no hospital. O hospital contemporâneo, empenhado em fazer viver os ameaçados pela morte, tem outras missões, entre elas a de adiá-la, torná-la indolor e ocultá-la, pois "não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a" (Ribeiro, 1993, p. 28).

Como se pode perceber, são muitas as missões do hospital contemporâneo; algumas, explícitas, de caráter meritório e de grande relevância social, outras, implícitas, reproduzindo formas e modos de produzir de cada sociedade. Independentemente de não ser uma escola, é um aparelho formador de profissionais, em permanente qualificação. Ao qualificar técnicos, qualifica e avalia tecnologias (produtos industriais, mercadorias). O hospital, como uma oficina de consertos, num processo contínuo, consome outras coisas que fazem girar e reproduzir o dinheiro: medicamentos, material e equipamentos e outras tantas coisas que o fazem uma instituição complexa: "é um local privilegiado, onde essas e outras mercadorias, principalmente as de maior valor de uso e conseqüentemente de troca, podem ser vendidas. Entre elas o trabalho" (op. cit. p. 29).

Portanto, conclui-se que, ao lado da missão de recuperação e devolução da força de trabalho ao mercado, reproduz, de outro modo, o capital, outra nova missão do hospital contemporâneo. Representa, dessa forma, seja hospital público ou privado, a emergência de interesses submersos da produção industrial na saúde.

Mais importante, entretanto, do que caracterizá-lo como empresa pública ou privada, é perceber sua lógica de reproduzir o capital e as estruturas sociais: ao dar seguimento à venda e consumo de produtos e destinar-se à recuperação da força de trabalho adoecida por determinantes sociais, insere-se na cadeia de reprodução do capital.

À medida que o hospital foi modificando sua missão, foi se modificando também sua forma de organização e atuação. A hierarquização, cada vez maior das categorias, em decorrência da maior variabilidade de atividades e, conseqüentemente, da divisão do

trabalho, contribuiu para sua crescente complexidade. As instituições tornando-se mais complexas e, conseqüentemente mais dispendiosas, demandam maiores controles administrativos, de tal forma que a eficiência econômica e a racionalidade administrativa passam a constituir assuntos de interesse hospitalar.

O hospital, com uma estrutura moderna de organização, busca a eficiência e a competência, por meio da divisão do trabalho racionalmente realizada. Ainda, utiliza a autoridade para viabilizar o exercício da racionalidade no processo administrativo. Portanto, o exercício da autoridade, com base no saber, reveste-se de um caráter racional. Esta característica, comum a todo o sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos, configura o hospital como uma organização burocrática (Trevizan, 1988).

O hospital "é um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las" (Pitta, 1990, p. 40).

2.6.1 - O TRABALHO HOSPITALAR

Não há uma categoria única de empregados que exercem seu trabalho no hospital, mas diversas, em função das diferentes atividades desenvolvidas. No hospital contemporâneo existe, via de regra, os que cuidam diretamente do enfermo e aqueles que dão sustentação ao que os primeiros fazem. A divisão do trabalho vem ocorrendo à medida que se diversifica a atividade hospitalar, obrigando ao estabelecimento de categorizações hierárquicas, nas quais as mais inferiores assumem funções consideradas menos qualificadas, correspondentes à própria posição social dos seus sujeitos, corroborando o entendimento de que tal forma de divisão das tarefas hospitalares resulta

da organização do trabalho, no modo de produção capitalista (Ribeiro, 1993), preservando-se, entretanto, algumas características da religiosidade caritativo-assistencial da etapa anterior (Pitta, 1990).

Desde já, fica implícito o caráter plural do trabalho hospitalar, enquanto preocupação e obrigações coletivas que têm lugar privilegiado no desenvolvimento de práticas sobre a doença. A medicina e suas técnicas preenchem, sistematicamente, os espaços e determinam novas formas de relação e divisão do trabalho, no interior do hospital. Como resultante de inovações técnico-científicas, a especialização tem-se tornado uma forma de divisão do trabalho, gerando a conseqüente dependência entre as especialidades. Por outro lado, apesar da dinâmica incorporação de novas tecnologias à área de assistência à saúde, tal dinamismo não se tem traduzido por economia de força de trabalho, mantendo-se o setor como, essencialmente, de trabalho intensivo. Esta forma de organização do trabalho coletivo em saúde apresenta uma divisão técnica com características de manufatura, tendo desta forma, no valor de uso e sua lógica de qualificação, no interior do setor terciário, como serviço a ser consumido. O hospital, ao incorporar, nas últimas décadas, significativas mudanças, vem transformando, cada vez mais, suas características de "ofício" em "processo tecnológico de trabalho". Apesar da decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas esta é acompanhada de uma integração, por meio de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, mas dependendo substancialmente, ainda, do conhecimento e da destreza do trabalhador (Pitta, 1990).

Outro aspecto que se deve salientar é a presença marcante de indivíduos do sexo feminino, como uma característica dos trabalhadores hospitalares. Com relação à enfermagem, principalmente, tal predominância se dá, talvez, por atribuírem-se às mulheres, nas várias culturas, sociedades e tempos, a assistência e a higienização dos

enfermos, considerada como uma extensão do trabalho familiar e doméstico (Melo, 1986).

Devido a suas particularidades, conforme Lopes, o trabalho da enfermagem e da enfermeira sendo comparado ao trabalho doméstico; não é contabilizado e o que não é contabilizado não tem ressaltado seu valor econômico e, conseqüentemente, o que não tem seu valor econômico ressaltado, não tem seus direitos respeitados. Prosseguindo, acrescenta ainda, que o desprestígio, a subordinação e a subalternidade do trabalho da enfermeira advém do caráter social e histórico dessas tarefas "femininas", sendo que deter um saber não hegemônico, composto, em grande parte, da própria socialização da mulher é o que lhe é permitido. A compreensão disso deve permitir perceber, com clareza, que tanto o trabalho como a reprodução biológica também é social e a divisão social de papéis serve à manutenção de um mundo de dominante e dominados. O trabalho feminino apresenta, assim, uma dupla subalternidade: em casa e fora dela; é mais barato, igualmente apto, menos reivindicativo e igualmente submisso. Reorganizando a divisão sexual do trabalho, o capital e o Estado utilizam, maciçamente, mão de obra feminina, em atividades antes do âmbito doméstico. Opera a cisão entre a prática religiosa e a técnico-profissional na área da saúde, porém, mantendo-se o prestígio social da mulher, que agora é trabalhadora assalariada, inalterado (Lopes, 1988).

Com base na história, pode-se inferir que as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos, seguramente, situam-se no âmbito da religião e não da ciência e da técnica. A revisão histórica serve para evidenciar esse caráter religioso caritativo das práticas hospitalares que mantém, até os dias atuais, características ambíguas entre uma mítica religiosa caritativa e as regras gerais de mercado, típicas das formas de organização das sociedades concretas, apesar de submetidas a outras regras no modo de produção capitalista. Ao longo do tempo, as atividades que lidam com a dor, a doença e a morte, têm sido identificadas como insalubres, penosas e difíceis para todos. A

insalubridade ou a penosidade, ou seja, a permanente exposição a um ou mais fatores que produzem doenças e sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza desse trabalho e de sua organização. Trabalho esse que, com o passar do tempo, tornou-se cada vez mais parcelado e influenciado pela doutrina da organização científica do trabalho, cujo fator morbigenico advém muito menos de sua própria natureza do que de sua forma de organização. Portanto, as determinantes principais desse sofrimento estaria na dor, no sofrimento e na morte do outro, mas principalmente, nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno. Por outro lado, a própria natureza do trabalho hospitalar é capaz de produzir satisfação e prazer, por meio de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando condições facilitadoras permitem ao trabalhador hospitalar perceber suas tarefas como socialmente valorizadas. Porém, o recalçamento do desgosto, dos que trabalham com o enfermo, origina mecanismos impeditivos a uma sublimação compensatória absolutamente necessária aos que têm como ofício o trabalho cotidiano com dores, perdas, sofrimento e morte, dia a dia, ano a ano. Significativa importância à sublimação, como um competente mecanismo de transformação de pulsões inconscientes, primitivas e individuais é atribuída por Freud às atividades de utilidade e reconhecimento sociais, que por intermédio da dessexualização das pulsões, oferece uma via não sexual para a sua satisfação (Pitta, 1990).

Cabe ressaltar que a religiosidade dos sujeitos, a despeito de administrada dentro de um arsenal religioso específico ou não, tem desempenhado uma importante função estabelecendo regras gerais de sociabilidade, entre as quais, a de que pessoas doentes devem ser cuidadas e que estes cuidados podem representar o trabalho de outras pessoas que, devido a suas características individuais, devam merecer reconhecimento social de generosidade e abnegação.

Bourdieu (1987), ao reportar-se aos sistemas simbólicos, no campo religioso, instiga à busca ao entendimento da resignação e renúncia presentes nas atitudes abnegadas

daqueles que se dedicam ao cuidado dos enfermos e moribundos, atribuindo tais atitudes, talvez, ao deslocamento de aspirações e conflitos, por meio da compensação e transfiguração simbólica, como por exemplo, a promessa de salvação eterna.

A evolução tecnológica para uma série de trabalhos, inclusive o trabalho hospitalar, reveste-se de componentes cognitivos complexos determinando, muitas vezes, sobrecargas mentais nos trabalhadores. A organização do trabalho, ou seja, as jornadas prolongadas, os ritmos acelerados, a pressão claramente autoritária e repressora em decorrência de uma hierarquia rígida e verticalizada, a inexistência ou exigüidade de pausas para descanso, ao longo das jornadas, a perda do controle sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, conseqüentemente de quem o realiza, são alguns elementos, presentes no trabalho hospitalar, fáceis de serem identificados na gênese do sofrimento psíquico. A divisão do trabalho, em suas formas tradicionais, fragmentando as atividades de tal forma, que mesmo no trabalho hospitalar já não mais se localizam de forma diferenciada, tendem à levar à perda de toda a qualidade distintiva e da espontaneidade. Por sua vez, o assalariamento, forma última da economia, tornou o trabalho quase uma mercadoria como as outras e, parece, não podendo ser caracterizado senão quantitativamente. Está presente, dessa forma, o risco de se ser invadido por ansiedade intensa e incontrolável, devido à própria natureza do trabalho e, certamente, atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital. Sentimentos de ansiedade profundos e intensos são enfrentados pelo trabalhador hospitalar quando, na rotina diária de trabalho, assume, fundamentalmente, os cuidados de pessoas doentes que, independentemente das razões, não podem ser tratadas em suas próprias casas. No exercício dessas tarefas, a responsabilidade costuma recair, com maior intensidade sobre a equipe médica, diretoria técnica e, de forma mais contundente, sobre a equipe de enfermagem que tem como atribuições a provisão contínua de cuidados aos

pacientes internados, durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado, que pode ir da cura até a morte. Entretanto, "o contato direto com o paciente, na nobre função socialmente valorizada de cuidá-lo e provê-lo dos elementos essenciais à sua subsistência e recuperação, se constitui num fator de proteção à saúde psíquica do trabalhador da área. Mesmo assisti-los no seu leito de morte, ultrapassando cotidianamente a barreira do medo e da comiseração de um outro submetido aos seus cuidados, são estímulos suficientes para desencadear um deslocamento, para fins valorizados social e narcisisticamente, da energia libidinal que de outra forma poderia resvalar para uma via sintomática" (Pitta, 1990, p. 185).

2.6.2 - O SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O termo organização refere-se a uma entidade ou unidade social. A organização é dita formal quando planejada, quando está escrita e aprovada, expressando-se, formalmente, por meio de manuais de organização; constituída de órgãos e cargos, em outras palavras: burocratizada. Já a organização informal é aquela que surge natural e espontaneamente entre as pessoas que ocupam posições na organização formal. Tal tipo de organização corresponde aos grupos sociais que não aparecem no organograma nem no manual (Horr, 1992).

O termo organização também pode ser tomado como uma das funções administrativas. A organização pode ser entendida como um processo lógico cuja finalidade são os objetivos de um serviço, o estabelecimento de políticas e planos, a especificação das atividades para melhor aproveitamento dos recursos materiais e humanos, a delegação de autoridade e responsabilidade necessárias ao pessoal adequado,

para concretização e alcance das atividades, agrupando o pessoal, vertical e horizontalmente, mediante sistemas de informação e relações de autoridade.

Horr considera que o Serviço de Enfermagem, nas diversas instituições de saúde, tem se caracterizado mais pela sua organização informal. Embora não negue a importância desse tipo de organização, considera que a organização informal não garante o espaço que é devido ao Serviço de Enfermagem, não demarca os limites de sua autoridade e, em consequência disso, não estabelece sua área de decisão. Para esta autora, a organização formal deve levar à eficiência e eficácia do serviço. Para tanto, deve ser equilibrada pois, se por um lado, o excesso conduz à "robotização", à "rotinização", à rigidez demasiada e ao autoritarismo, a escassez de formalização leva à desordem (Horr, 1992).

Em primeiro lugar, a excessiva formalização tende, por meio da imposição disciplinar, via sistema de recompensas e punições, a estimular o apego às regras, em prejuízo dos fins últimos da organização. Os meios transformam-se em fins, dificultando a adaptação da organização a novas exigências. A formalização excessiva tende, também, a fixar os padrões mínimos de desempenho que, quando não obedecidos, implicam punições. Isto pode acarretar a concentração de esforços nesses padrões mínimos, o que implica a consecução mínima dos objetivos organizacionais e não sua maximização. Por outro lado, a imposição de um padrão de comportamento pode gerar frustrações e estimular a desobediência, a deteriorização do moral ou a redução da produtividade, comprometendo, ainda mais, a consecução dos objetivos organizacionais (Motta, 1986). A emissão pura e simples de regras, na maioria das vezes, faz-se acompanhar de estresse, tensões e conflitos cujos limites traduzem-se, seguramente, na desobediência em relação às normas estabelecidas (Clegg, 1993).

O processo de organização inicia-se com a definição da filosofia de cada Serviço de Enfermagem, pois "a filosofia vivenciada transpõe dificuldades, dá 'sabor' ao exercício profissional, mantém viva a fé na profissão, nos profissionais, no ser humano". Os objetivos do Serviço devem contemplar os recursos, tanto humanos como materiais, pela estreita relação que têm com a qualidade da assistência, pois ao se desconsiderar os recursos, automaticamente a assistência será prejudicada (Horr, 1992, p. 39). No entanto, a estrutura burocrática do hospital tem priorizado os recursos valorizados pelo médico e pelo próprio hospital, muito embora, tal prioridade, na maioria das vezes, não coincida com aquela indicada pelos pacientes, nem pelos próprios enfermeiros (Trevizan, 1988).

2.6.2.1 - A BUROCRATIZAÇÃO DA ENFERMAGEM E DO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A enfermagem desenvolveu-se num momento histórico, no qual, por diferentes influências, os hospitais burocratizaram-se e a função administrativa foi assumida pelo enfermeiro, com base na teoria clássica da administração, assimilando o papel esperado, em instituições com tal configuração. A emergência da burocratização do trabalho do enfermeiro está relacionada a três fontes principais: à enfermagem quando, pela divisão social do trabalho, concretiza um ideal revolucionário introduzido por Florence Nightingale; à organização hospitalar, onde o papel do enfermeiro é afetado pela obrigação de representar a continuidade tempo e espaço; e à expectativa médica que tem transformado o enfermeiro em especialista administrativo (Trevizan, 1988).

Parece importante destacar que a profissionalização da enfermagem processou-se, basicamente, através de duas categorias sociais distintas, consoante ao modelo nightingaleano, cujas metas eram o preparo de pessoal de classe social mais baixa para o exercício de serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas

de classe social mais alta para as atividades de supervisão, administração e ensino. Esta dicotomia do trabalho em manual e intelectual caracteriza, no início da enfermagem moderna, a divisão social do trabalho dissimulada sob a forma de divisão técnica do trabalho, favorecendo a espoliação das classes dominadas que internalizam a percepção dominante de que as tarefas que executam são, socialmente, menos importantes (Lunardi, Lunardi Filho & Borba, 1994).

As instituições de caráter privado ou estatal, indiscriminadamente, tem absorvido a enfermagem e a equipe de enfermagem como trabalho e trabalhador subsidiário e dependente e como modalidade funcional, sendo sua ação dividida em tarefas e procedimentos (Lopes, 1988).

Quanto à expectativa médica, o esperado é de que o enfermeiro seja um profissional capaz de administrar, para assumir aquelas funções administrativas às quais os médicos não desejam se dedicar. Funções estas relacionadas ao apoio no processo de tratamento do paciente, com vistas, principalmente, ao atendimento das exigências da organização formal. A equipe médica espera que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela manutenção da unidade, pela supervisão e controle de medicamentos e materiais necessários e exerça a coordenação das funções de dispensa de cuidados do hospital com as funções médicas de cura. Mesmo que, na organização formal, a competência para coordenar os trabalhos da unidade seja atribuída ao "médico chefe da enfermagem", é o enfermeiro que a vem exercendo. Isto dá mostras de quão ilusória é a crença da administração de que o organograma reflete um quadro verdadeiro de seu padrão de funcionamento. Portanto, o enfermeiro desenvolve muitas atividades de caráter burocrático, porém como o imposto e o exigido pela instituição hospitalar, decorrendo de tal exercício o afastamento de suas funções caracteristicamente administrativas. A situação real do trabalho tem dificultado o desempenho do papel como profissão cientificamente orientada (Trevizan, 1988).

Pode-se concluir, portanto, que essa forma de comportamento tem limitado o seu espaço àquele atribuído por outros profissionais, sem a busca de definição e determinação de seu próprio espaço, ou seja, sem tentar ultrapassar as expectativas preestabelecidas. A prática do enfermeiro é influenciada, diretamente, pelas características alienantes de uma instituição burocrática: sendo o planejamento e a normalização desta prática definidos, na maioria das vezes, sem a participação efetiva do profissional, restando para este executar as ações definidas nos escalões superiores da hierarquia de poder (Mendes, 1988).

A prática tem demonstrado que o enfermeiro vem sendo utilizado como substituto em funções administrativas de outros órgãos ou disciplinas ocupando, no entanto, um espaço subalterno. Em decorrência do regulamento e do regimento, a hierarquia de poder investe de autoridade, por delegação, os enfermeiros colocados em cargos administrativos. Investidos dessa autoridade e assumindo a responsabilidade inerente, os enfermeiros comprometem-se mais intimamente com os objetivos organizacionais, agindo em conformidade com as normas padronizadas, responsabilizando-se por mantê-las. Em outras palavras, os enfermeiros têm garantido a burocratização. Por outro lado, há, ao mesmo tempo, os compromissos com a profissão e com a organização, o que pode ocasionar conflitos e disfunções, ao atribuir-se importância excessiva a normas e rotinas, o que, conseqüentemente, conduz à redução do número de relações personalizadas. Deve ser entendido que o mal da burocracia não reside no cumprimento de normas e rotinas, mas restringir-se apenas a isso, ou restringir-se a isso de forma marcadamente impessoal, pois uma das conseqüências da rigidez burocrática é a despersonalização do relacionamento, levando ao apego a normas e regulamentos (Trevizan, 1987; Trevizan, 1988).

Tais fatos vêm demonstrando que os enfermeiros estão muito mais aliados aos administradores e empresários do setor saúde, do que aliados aos interesses da população explorada e doente que são os pacientes de seu dia a dia. Ao se manterem gerenciando

dentro da lógica empresarial capitalista, quando em cargos de chefia, têm exigido o máximo de produtividade de seus subordinados, sem o necessário estabelecimento de metas que priorizem a qualidade da assistência e a satisfação com o trabalho (Pires, 1989).

Pode-se inferir, desta forma, que o enfermeiro tem servido à burocracia e utilizado-se dela para fazer funcionar outros serviços, em detrimento de sua própria capacitação e preparo profissionais e em detrimento, também, do possível potencial que teria para utilizar-se dela com vistas ao desenvolvimento do próprio serviço de enfermagem. A prática dá mostras de que, por meio de funções administrativas é que o enfermeiro atinge o paciente ou ele se perde no próprio exercício dessas mesmas funções.

Trevizan (1987), em seu trabalho de campo, classificou as funções administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro em: a) função administrativa burocrática - que se caracteriza pelo uso do conhecimento técnico-especializado sobre administração, com vistas ao alcance dos objetivos organizacionais. A racionalidade, a eficiência e a impessoalidade são seus elementos essenciais e o seu exercício é guiado por normas e rotinas preestabelecidas; e b) função administrativa não-burocrática - que se vincula à competência profissional do enfermeiro e tem como meta a qualidade do trabalho. Não é regida por normas detalhadas. Com dependência maior da competência individual, possibilita o uso da criatividade e deixa espaço para um estilo pessoal. A função administrativa burocrática é comandada pelo compromisso à organização, enquanto a não-burocrática é mais orientada pelo compromisso com a profissão.

Esta autora, com base em seu estudo de campo, refere que o tipo de função administrativa burocrática mais contemplada pelo enfermeiro - implementar ordens médicas - atende à expectativa médica; a função administrativa que, em segundo lugar, recebe maior atenção - orientar funcionários sobre normas, rotinas e atribuições -

corresponde à expectativa da organização hospitalar; e a que vem em terceiro lugar - verificar prontuários, exames, escalas de cirurgia - atende às expectativas de ambas as forças. Paradoxalmente, supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar, função que emana da expectativa do próprio serviço de enfermagem, é o tipo de função administrativa burocrática a que o enfermeiro menos se dedica.

O enfermeiro investido da autoridade do cargo que ocupa, deve fazer uso competente dessa prerrogativa, autodeterminando suas tarefas e planejando suas ações, visando, primordialmente, o atendimento aos pacientes, tendo como critérios os ditames próprios da profissão, que são específicos, e não aqueles ditados por outros profissionais. "O exercício da função administrativa reside na administração da assistência de enfermagem, além de envolver a implementação das ordens médicas e as expectativas da organização hospitalar", mas o foco de atuação do enfermeiro deve ser administrar a assistência, norteadas por valores da enfermagem e não por valores institucionais ou de outras profissões. O centro da atividade da administração da assistência deve ser o paciente, envolvendo o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo pessoal auxiliar, visando o atendimento das necessidades apresentadas por ele. Abrange também, a coordenação das demais atividades desenvolvidas com pacientes em sua unidade por profissionais de outros serviços, bem como a coordenação das atividades de apoio no que se refere a recursos materiais (Trevizan, 1989, p. 112).

O tipo de trabalho predominantemente desenvolvido pela maioria dos enfermeiros, atualmente, aliado ao amplo emprego de rotinas e à delegação pura e simples de funções, constituem-se em alguns dos principais impeditivos ao profissionalismo na enfermagem, favorecendo deformações nas percepções da imagem profissional do enfermeiro. O sentimento de frustração expresso por um grande número de enfermeiros pode ser devido à execução de atividades meramente gerenciais, em detrimento das atividades assistenciais.

Portanto, o enfoque das funções administrativas, centrado na assistência ao paciente, oportuniza ao enfermeiro subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação da atenção dada às suas necessidades, além de possibilitar melhor conhecimento de seus subordinados e maior controle do funcionamento do serviço, assegurando, dessa forma, a conquista e manutenção de seu espaço. Desta maneira, a administração da assistência centrada no paciente será guiada pela compreensão e pelo conhecimento de suas necessidades específicas e seu reconhecimento como pessoa. Portanto, o enfermeiro deverá adequar princípios e medidas administrativas para decisão e solução de problemas específicos para o gerenciamento de seu pessoal.

Deve-se considerar que o exercício de papéis administrativos tem poder para assegurar que a filosofia do cuidado seja mantida. "Este valor profissional tende a se perder se os enfermeiros deixarem se levar por forças ambientais e econômicas dos sistemas de prestação de cuidado à saúde que influenciam a prática da administração de enfermagem" (Trevizan, 1989, p. 36).

Vista por este ângulo, a administração da assistência compreende aliar os fins da administração aos fins da enfermagem, ou seja, o uso da administração como instrumento para o desenvolvimento da enfermagem. No planejamento de ações de enfermagem, o enfermeiro deverá fazer uso, também, de sua criatividade para tomar decisões que se apóiam na compreensão e no reconhecimento do paciente e, também, para ajustar os recursos humanos e materiais à execução da assistência planejada com qualidade. "A perspectiva de qualidade estimula o exercício da criatividade na solução de problemas inesperados, possibilita a autonomia da manutenção da prática, de acordo com valores de sua profissão, e, neste sentido, decorre do compromisso do enfermeiro em termos profissionais e pessoais para com a profissão e para com seu objeto de trabalho" (Trevizan, 1987, p. 206).

De tudo o que foi anteriormente exposto, acerca da burocratização da enfermagem e do trabalho do enfermeiro, pode-se concluir que o enfermeiro é aquele profissional da equipe de enfermagem encarregado de coordenar as atividades assistenciais no hospital. Ele é o profissional encarregado, também, de organizar o ambiente hospitalar para viabilizar a atuação dos demais profissionais da saúde que atuam neste mesmo ambiente e, principalmente, de sua equipe de auxiliares. Em outras palavras, gerencia os materiais e o instrumental necessários à assistência aos pacientes hospitalizados, em sua unidade. O enfermeiro, em última análise, deve prover os meios necessários aos elementos da equipe de saúde e, inclusive, para si para a assistência aos pacientes, no âmbito hospitalar.

Porém, na maioria das vezes, não lhe são oportunizadas condições mínimas para bem se desempenhar dessa função, pois em decorrência da atual conjuntura econômica, os meios materiais e instrumentais não lhe são ofertados em qualidade e quantidade suficiente pela administração, inviabilizando, quase que totalmente, sua atuação. Tal tipo de situação, além de comprometer seu exercício profissional, provavelmente, tem implicações na gênese do sofrimento, tanto no seu trabalho como no de seus auxiliares, que não conseguem, apenas com seus conhecimentos técnicos, prestar uma assistência adequada e de qualidade.

2.6.2.2 - CONDIÇÕES E MEIOS DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A visível deterioração das condições de trabalho do trabalhador da enfermagem, especificamente, tem levado a categoria a uma situação em que a crescente evasão e a alta rotatividade têm promovido o aumento, cada vez mais contínuo, de desgaste físico e mental dos trabalhadores remanescentes, na medida em que as atividades precisam ser redistribuídas entre os que permanecem, sem possibilidades de manutenção da qualidade de assistência prevista. Em decorrência da alta rotatividade, o enfermeiro se vê,

constantemente, às voltas com programas de treinamento (Castellanos et al., 1989; Leopardi et al., 1989), na tentativa de formar novos recursos humanos, com pelo menos o mínimo de preparo, para o exercício das atividades assistenciais ou de "aperfeiçoar" aqueles de que dispõe, com vistas à obtenção de uma performance que redunde em maior produtividade, na expectativa de compensar a redução, cada vez mais significativa, do número de seus auxiliares. Desse modo, a produtividade, quanto maior, menor será o tempo necessário para a realização do trabalho, repercutindo, então, em seu resultado. O trabalho ao ser dividido em parcelas e distribuído entre os diversos agentes, torna-se mais produtivo, pela diminuição do tempo necessário para completá-lo. Por outro lado, a qualidade dos meios ou instrumentos e a qualidade dos trabalhadores em manuseá-los também apresentam repercussões na produtividade (Leopardi et al., 1989), muito embora, mais que a riqueza material, é o trabalho do pessoal que determina a qualidade e eficácia da assistência e tratamento (Pitta, 1990).

Os trabalhadores da enfermagem começam a perceber as más condições de trabalho a que estão sujeitos, que correspondem à mesma situação dos demais trabalhadores, em geral. Condições estas relativas a estrutura econômico-social e política que têm estabelecido leis para o mercado de trabalho, considerando apenas a capacidade do trabalhador para gerar lucros, por meio da expropriação de sua força de trabalho. A enfermagem começa a esboçar questionamentos quanto ao seu próprio trabalho, como é realizado, a quem vem servindo e em que condições. Começa a perceber a necessidade de participar de movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde e de vida (Almeida et al., 1989).

Os trabalhadores, em geral, não deveriam estar expostos a condições físicas ou horários indevidamente perigosos ou prejudiciais à saúde (Walton, 1973). Assim, quando estas condições estão presentes, o trabalhador pode sofrer danos físicos, emocionais ou sociais (Silva, 1988). No tocante a sinais de sofrimento psíquico (expressão verbal,

comportamento neurótico, doenças psicossomáticas), estes podem estar relacionados a aspectos específicos e a características de certos tipos de tarefas, encontrados em diferentes modalidades de organizações que expõem os trabalhadores a atividades perigosas, as quais costumam produzir mais situações de conflito que momentos de prazer no trabalho (Pitta, 1990).

O trabalhador da enfermagem, em decorrência da natureza de seu trabalho, corre o risco de sofrer danos físicos, oriundos de agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos. Dentre os agentes biológicos, podemos relacionar aqueles relativos ao contato com doenças infecciosas, infecto-contagiosas e com o material contaminado por microorganismos patogênicos; dentre os agentes químicos, podemos citar aqueles provenientes da manipulação de substâncias utilizadas no processo de desinfecção e esterilização de materiais e no tratamento medicamentoso de pacientes (muitos deles com efeitos carcinogênicos, teratogênicos, etc.); dentre os agentes físicos, danos decorrentes da temperatura ambiental, como as altas temperaturas do centro de material causadas pelas autoclaves e ventilação inadequada, radiações ionizantes e não ionizantes, materiais elétricos associados ao uso de gases inflamáveis, com risco de explosões e incêndios, etc.; e dentre os agentes mecânicos, danos relativos à longa permanência em pé, da sobrecarga de peso na movimentação de pacientes no leito e no seu transporte (varizes, hérnias, fraturas, torções, contusões, lombalgias, quedas, etc.) e de lesões causadas pela manipulação de objetos cortantes (Silva, 1988).

Dentre os danos psicossociais, incluem-se aqueles derivados da organização do trabalho: relativos ao trabalho noturno e aos rodízios de turnos, fadiga, ritmo acelerado do trabalho, tarefas repetitivas e fragmentadas, coberturas de plantões, horas extras, etc., com conseqüente associação de estados depressivos, insônia, suicídio, tabagismo, alcoolismo e adição às drogas. Também inserem-se aqui, problemas inerentes ao fato do trabalho se desenvolver com o limiar da vida e da morte, com o diagnóstico de doenças

incuráveis, degenerativas e incapacitantes. Presença de dificuldades relativas a trabalhar com pessoal pouco qualificado, por falta de preparo, ou por serem pessoas alijadas de outros meios de produção; à impossibilidade de prestar atendimento dentro das condições mínimas de qualidade. Tudo isso gera sentimentos de conivência, impotência, revolta, alienação frente ao sistema (Silva, 1988) e, seguramente, contribuem sobremaneira para o sofrimento no trabalho. Por outro lado, o enfermeiro ocupando em sua maioria funções de gerência, supervisão e controle, fica quase que totalmente impedido de prestar cuidados diretos.

Por sua vez, a naturalização do poder burocrático é a naturalização da forma burocrática de organizar e, portanto, da subordinação do trabalho direto ao indireto, do trabalho manual ao intelectual, do saber comum ao saber técnico (Motta, 1986). Com isso, seus auxiliares se ocupam da maioria das práticas assistenciais de enfermagem, com cargas horárias e de trabalho exageradas, o que contribui, sobremaneira, no surgimento de sentimentos de insatisfação profissional (Lima, 1993). Por outro lado, os profissionais de enfermagem, apesar desse rol de problemas a que se submetem diuturnamente, não têm uma legislação nem, tampouco, estudos suficientes que caracterizem os limites de tolerância dos agentes agressores no trabalho e que auxiliem na sua proteção.

Quando as condições de trabalho ficam restritas ao mínimo necessário ou, em muitas vezes, não se restringindo nem a isso, cresce a pressão sobre o trabalhador por meio de exigências da mesma produtividade e de qualidade em seu trabalho. Para dar conta dessas exigências e para aliviar-se dessa carga, busca desenvolver métodos ou aperfeiçoar instrumentos atendendo às solicitações, bem ao gosto do modo de produção capitalista, com vistas a incorporar ao processo de trabalho novos meios para reduzirem o tempo de trabalho ou aumentarem a produtividade. Tais meios de trabalho, mesmo quando criados e desenvolvidos pelo trabalhador, deixam de ser de sua propriedade, pois são prontamente apropriados pelo capital. Por outro lado, quanto aos métodos propostos

para atender aos aspectos de qualidade da assistência de enfermagem, eles têm se apresentado, na maioria das vezes, inefetivos para a produtividade esperada, pois, geralmente, implicam maior tempo de trabalho ou exigem maior capacitação profissional dos agentes. Porém, no conjunto das relações que o setor saúde estabelece com todo o sistema de produção, não há lugar para uma assistência de maior qualidade que necessite para seu alcance maior quantidade de investimentos, pois novos métodos e técnicas que necessitem de trabalhadores mais especializados, maior gasto de tempo, não representam retorno em termos de lucros. Cabe aqui resgatar o que já foi anteriormente apresentado: ocorre no setor saúde a utilização de mão de obra somente no limite da qualidade e quantidade necessários para não causar danos visíveis aos que utilizam este tipo de serviço (Leopardi et al., 1989). Em outras palavras, os planos de intervenção de enfermagem para sua viabilização dependem da capacidade política da administração para fornecer os recursos humanos, financeiros e materiais indispensáveis à sua implementação (Lima, 1993).

Portanto, há determinados meios e instrumentos imprescindíveis à concretização parcial ou total do trabalho, ainda que não participem diretamente do processo, como por exemplo, o local onde acontece a atividade (Leopardi et al., 1989). Os meios de trabalho podem ser entendidos como coisas ou complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si mesmo e o objeto de trabalho, possibilitando dirigir sua atividade sobre esse objeto. Podem ser considerados como um acréscimo de um órgão aos próprios órgãos corporais, uma vez que as propriedades mecânicas, físicas e químicas desses meios são utilizados, de acordo com os fins a que se destinam. Os meios de trabalho servem para mensurar o desenvolvimento da força de trabalho, indicando as condições sociais em que o trabalho se realiza. Nas diferentes épocas econômicas, o que se diferencia não é o que se faz, mas como e com que meios o trabalho é realizado (Almeida et al., 1989).

A forma como o trabalho é realizado pertence ao domínio cognitivo e técnico do próprio trabalhador, que o qualifica para o desempenho de determinada tarefa. É o conjunto de habilidades inerentes ao trabalhador e que somado ao conjunto dos meios materiais possibilita a realização das tarefas. Por sua vez, os meios materiais de trabalho, são aquelas coisas que ele tem necessidade de utilizar para poder colocar em prática seu conjunto de habilidades, que compõe sua qualificação. Portanto, para que determinada tarefa seja executada, não basta apenas a qualificação técnica. Há a necessidade de meios materiais que sejam necessários e suficientes para sua concretização. Por outro lado, a simples presença de meios materiais necessários e suficientes não garantem a realização da tarefa. Um não pode prescindir do outro, sob pena de comprometer a qualidade e de, até mesmo, inviabilizar a realização do trabalho.

Os instrumentos ou meios de trabalho são componentes do trabalho e dos valores empregados, efetivamente, na produção. Ao ingressarem no processo de trabalho ficam à disposição dos trabalhadores (pelo menos teoricamente), quando esses precisam daqueles para a execução de sua atividade. Para Mendes Gonçalves (apud Leopardi et al., 1989), há três tipos de instrumentos: 1) os que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho e que se constituem nas teorias, como sua dimensão intelectual; 2) os que efetivam a transformação no objeto e se constituem nas técnicas, como sua dimensão manual; e 3) as condições materiais para a realização do trabalho.

São duas as principais fontes de onde procedem os meios materiais de trabalho da enfermagem: 1) no momento em que algumas tarefas próprias do trabalho médico foram delegadas à enfermagem - atividades manuais e administrativas da assistência - também foram transferidos os instrumentos adequados à realização dessas mesmas tarefas (pinças, equipos, seringas, esfigmomanômetro, estetoscópio, etc.); e 2) quando tarefas relacionadas ao cuidado prestado no lar, pela família, aparecem no hospital como próprias da enfermagem, também ocorreu a transferência de uma série de elementos

materiais (camas, toalhas, roupas de cama, bacia, etc.) que, transformados em instrumentos de trabalho, sofrem adaptações às suas novas utilidades. A compreensão desses conceitos conduz a pensar-se na importância do estudo dos instrumentos ou meios de trabalho que vem sendo utilizados nas atividades desempenhadas pela enfermagem (Leopardi et al., 1989).

Assistir em enfermagem, portanto, tem se constituído, essencialmente, em tentar realizar um trabalho sem os meios adequados. É como exigir-se de um escultor uma obra com requintes de qualidade, munido apenas de sua capacidade criativa e de sua perícia técnica, sem lhe oportunizar o instrumental necessário e suficiente para trabalhar o mármore.

2.7 - CONCLUSÕES

Neste capítulo constatamos que o trabalho é imprescindível a qualquer pessoa, independentemente de sua natureza e de suas condições de realização. O trabalho determina a própria sobrevivência e condicionamento social do indivíduo, constituindo-se em um fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano possuindo, dessa maneira, um poder estruturante tanto da saúde mental como da saúde física. Entretanto, o excessivo emprego de aptidões fisiológicas pode comprometer a saúde física. Porém, em relação à saúde mental, o principal perigo, em decorrência das imposições da organização do trabalho, reside no subemprego de aptidões psíquicas, fantásmicas ou psicomotoras, que bloqueia a descarga psíquica. Esta retém a energia pulsional impedindo a sensação de prazer no trabalho.

A análise do modelo taylorista mostra que a clivagem entre corpo e pensamento, originada pela separação da concepção e execução do trabalho, gera pressões psíquicas que, ao não permitirem espaço para reajustes na organização prescrita do trabalho, impedem qualquer atividade de exercício da criatividade. Por outro lado, é a atividade de criatividade que confere sentido porque traz, em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento social e identidade como condição de sublimação, conferindo à esta uma função essencial na saúde mental. O sofrimento, dessa maneira, adquire um sentido.

CONCLUSÃO GERAL DOS CAPÍTULOS 1 E 2

Todo e qualquer trabalho, tanto intelectual como manual é, em si, potencialmente capaz de gerar prazer ou sofrimento. Pode-se dizer com isso que nenhum trabalho está totalmente isento de possibilitar sofrimento ou prazer, mas, que dependendo de certos fatores, inerentes à sua concretização, poderão estes estar presentes em maior ou menor grau.

O trabalho em si é imutável como fonte de prazer e sofrimento. As condições de trabalho e a organização do trabalho, estas sim são mutáveis podendo, portanto, contribuir significativamente ao prazer ou ao sofrimento no trabalho.

O trabalho tem sido percebido e tido como gerador de sofrimento mais do que como fonte de prazer pela maioria das pessoas, em decorrência, principalmente, de sua forma de organização e condições de realização.

Não se pode fugir da natureza de determinado tipo de trabalho, mas pode-se abandoná-lo ou tentar modificar suas condições e organização, de sorte a permitir ao trabalhador espaço para o exercício da criatividade, transformando o sofrimento em sofrimento criativo e alcançando o prazer.

Tomando por base esses pressupostos e pela impossibilidade de se eliminar totalmente o sofrimento do trabalho é que se pretende, por meio do presente estudo, determinar condições que permitam o gerenciamento do sofrimento pelo próprio trabalhador, em seu proveito e em proveito da produtividade.

CAPÍTULO 3 - DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este capítulo tem por finalidade apresentar a problemática geral e a questão de pesquisa do presente estudo, seus objetivos e a metodologia utilizada para a coleta e a análise dos dados, assim como as características da organização hospitalar, local de trabalho dos participantes da presente pesquisa.

3.1 - PROBLEMÁTICA GERAL

O acompanhamento do trabalho diário do pessoal de enfermagem, suas realizações, dificuldades, impossibilidades, momentos de descontração e, também, de sofrimento, constituíram-se em elementos mobilizadores para o direcionamento do presente estudo. O trabalhador não apenas trabalha, mas vive e convive com outros indivíduos, dentro e fora de seu local de emprego. As vivências no seu ambiente de trabalho repercutem no seu ambiente doméstico e social exercendo influência na qualidade de suas relações, interferindo na sua vida como um todo.

O trabalho, dessa forma, pode vir a se constituir num elemento fundamental para a análise do ser humano e sua relação com o mundo material e com sua vida psíquica (Tittoni, 1994). Portanto, o trabalho constitui-se num meio pelo qual o indivíduo procura, através do processo de buscar prazer e evitar o sofrimento, relacionar-se com o meio externo (Freud, 1980).

A relevância deste estudo reside em buscar identificar fatores que, na prática e vivências cotidianas, se constituem em causa de sofrimento ou prazer no trabalho, não só dos trabalhadores da enfermagem como dos demais trabalhadores, em geral. Tais fatores podem significar possibilidades de mudanças, com repercussões positivas, nas vidas destes e nas vidas daqueles com quem interagem. Nessas práticas e vivências do cotidiano é que as formas contraditórias de vivenciar os elementos satisfatórios e causadores de sofrimento no trabalho se expressam, ressaltando sua dimensão subjetiva, ou seja, aquela dimensão da experiência que expressa o sujeito na intersecção de sua particularidade com o mundo sócio-cultural e histórico (Tittoni, 1994).

As dificuldades em se estabelecer estes fatores reside em que tanto o prazer como o sofrimento, em analogia à dor, não podem ser definidos de maneira satisfatória, salvo quando cada indivíduo os enuncia de modo introspectivo para si (Beecher apud Bakan, 1979).

Portanto, o presente estudo exploratório, por meio de entrevistas semi-estruturadas, buscou, com base na expressão do trabalhador, reunir dados para identificar os fatores que, em sua percepção, têm implicações na gênese do sofrimento e prazer no trabalho.

Devido ao seu caráter inédito, pelo menos na área da enfermagem, espera-se que possa vir a se constituir em contribuição, ainda que pequena, à Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

3.2 - O PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa foi formulado através da seguinte questão:

"QUAIS OS FATORES QUE TÊM IMPLICAÇÕES NA GÊNESE DO PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO, NA OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ENFERMAGEM ?"

O equacionamento desta questão de pesquisa permitiu identificar os seguintes fatores:

- a) - características que configuram o perfil dos entrevistados das categorias: enfermeiro e auxiliar de enfermagem da instituição estudada;
- b) - a percepção dos entrevistados destas categorias funcionais a respeito de fatores que têm implicações na gênese do prazer e do sofrimento no trabalho.

3.3 - OBJETIVO GERAL

O objetivo geral consiste em identificar fatores que, na percepção das categorias funcionais da enfermagem, "enfermeiro e auxiliar de enfermagem" têm implicações na gênese do prazer e sofrimento no trabalho.

3.4 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos a serem alcançados por este estudo:

1 - caracterizar os entrevistados das categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem que trabalham no hospital selecionado, em relação às seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, turno de trabalho, tempo de serviço na área, tempo de serviço na instituição, faixa salarial, número de dependentes, local de trabalho e número atual de empregos;

2 - identificar convergências e divergências na percepção de prazer e sofrimento no trabalho, possivelmente decorrentes das variáveis acima especificadas.

3.5 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO OBJETO DO ESTUDO

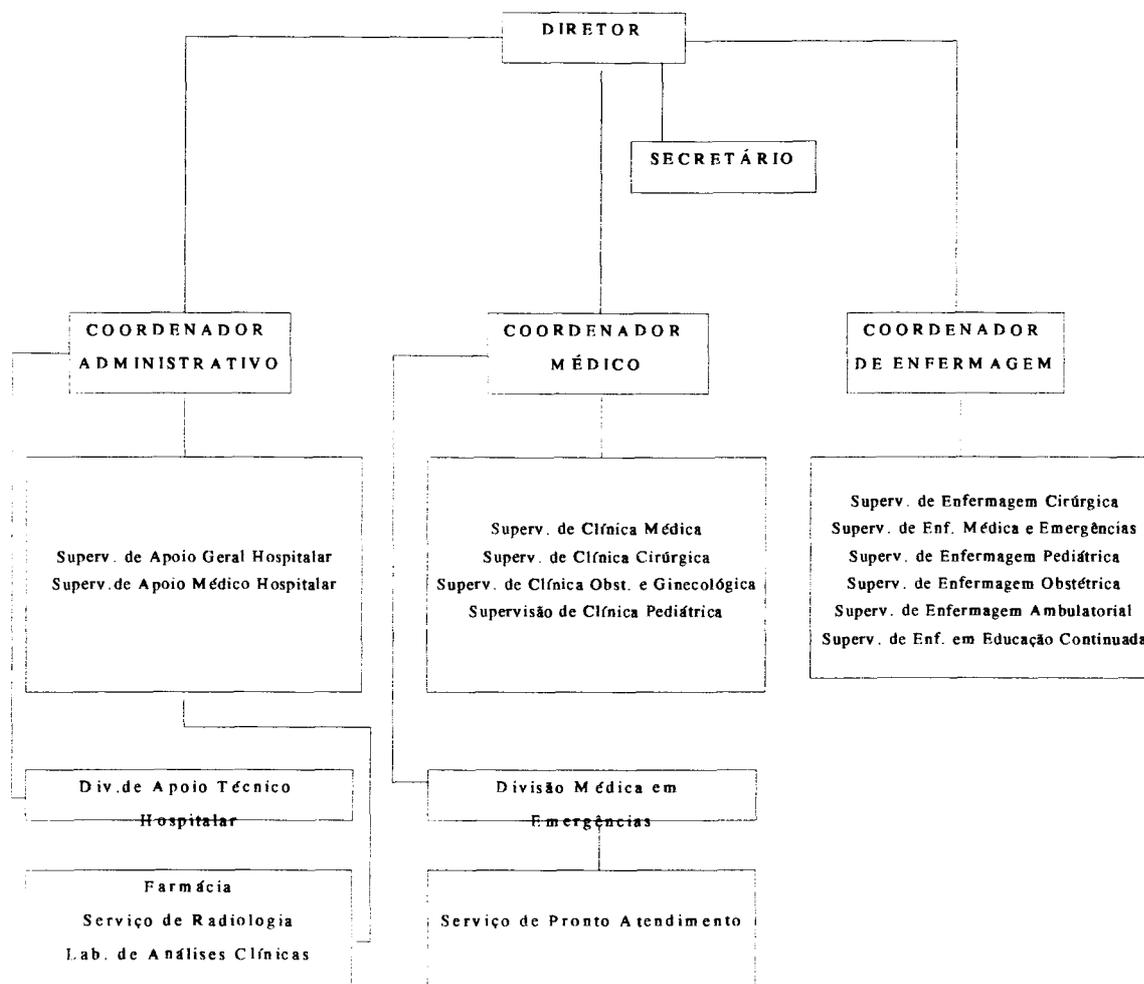
A instituição selecionada para a realização da presente pesquisa é um Hospital Universitário, ligado a uma Instituição Federal de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul.

Este Hospital Universitário (HU), diretamente ligado à Reitoria desta Universidade Pública Federal, é, por definição, área de ensino e assistência, servindo de campo de atividades práticas aos Cursos da Área da Saúde que mantém, mais especificamente, Enfermagem e Medicina. Tem como órgão supremo o Conselho Diretor que possui funções normativa, consultiva e deliberativa.

As funções administrativas das atividades fins e de apoio são de competência da Administração Central, observando as diretrizes aprovadas pelo Conselho Diretor. A Administração Central é constituída por uma Direção Geral e por três Coordenadorias: Coordenadoria de Enfermagem, Coordenadoria Médica e Coordenadoria Administrativa. As Coordenadorias Médica e de Enfermagem são coordenadas, exclusivamente, por docentes dos Cursos de Medicina e Enfermagem, respectivamente; já a Coordenadoria Administrativa pode ser exercida por funcionário técnico-científico ou docente.

O HU é uma organização prestadora de serviços, complexa, burocratizada e hierarquizada (vide Fig. 1). É, por si só, um campo com amplas possibilidades para estudos nas áreas Organizacional e de Recursos Humanos, uma vez que, além dos funcionários, transitam, diariamente, por suas instalações, professores, alunos, pacientes, familiares e outros profissionais e pessoas.

Fig. 1 - Organograma do Hospital



O HU é um hospital geral, distrital (centro de referência regional para tuberculose, AIDS e cólera), de médio porte (125 leitos), com corpo clínico fechado, em edificação tipo monobloco. As Unidades e Serviços que compõem o HU são: Unidade de Internação (UI) de Clínica Médica, UI de Clínica Cirúrgica, UI de Clínica Pediátrica, UI de Clínica Gineco-Obstétrica, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica e Neonatológica, Centro Cirúrgico (CC), Centro de Material e Esterilização (CME), Centro Obstétrico (CO), Ambulatório e Serviço de Pronto Atendimento (SPA), além dos serviços de apoio.

Em relação ao Serviço de Enfermagem do HU, no caso, Coordenação de Enfermagem, compunham sua equipe de trabalho, à época da realização das entrevistas: um coordenador (docente enfermeiro), seis supervisores de área (docentes enfermeiros), trinta e seis enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, oitenta e três auxiliares de enfermagem e trinta e cinco atendentes de enfermagem.

3.6 - METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa possui características de um estudo exploratório descritivo, uma vez que o método descritivo focaliza a medida precisa de uma ou mais variáveis dependentes numa população ou amostra (Hyman, 1967). Este método procura determinar a incidência e a distribuição das características e opiniões de populações de pessoas, obtendo e estudando as características e opiniões de amostras pequenas e presumivelmente representativas de tais populações (Kerlinger, 1980).

No caso específico do presente estudo, ao se empregar uma metodologia apoiada na análise de conteúdo, não se busca somente as características e opiniões de amostras mas, principalmente, o entendimento do sentido e significado atribuído ao problema em foco.

3.6.1 - OS INSTRUMENTOS DA COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados: a) um roteiro com questões fechadas, com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa e b) entrevistas semi-estruturadas, gravadas e, posteriormente transcritas. Estas entrevistas tiveram a finalidade de conhecer os diferentes posicionamentos individuais, quanto à problemática sob investigação.

Segundo Minayo (1992, p. 207) "a entrevista aberta é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido de que se trata de um discurso dinâmico onde espontaneidade e constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo como emergência do inconsciente e construção do discurso".

Foram realizadas, a título de estudo piloto, duas entrevistas para verificação da compreensão às questões, por parte do respondente, no sentido de averiguar sua capacidade de proporcionar a abordagem de aspectos relativos à problemática da pesquisa propriamente dita, para possíveis correções e elaboração final do instrumento, o que se mostrou desnecessário.

3.6.2 - O MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das respostas às questões realizadas na entrevista foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo, a seguir explicitada:

A Análise de Conteúdo é uma metodologia de pesquisa que, por meio de leitura e interpretação do conteúdo de qualquer classe de documentos, permite a realização de

análises que conduzem a descrições objetivas, sistemáticas, qualitativas ou quantitativas das comunicações, auxiliando a reinterpretá-lo e a atingir uma compreensão aprofundada de seus significados. Tal metodologia é parte de busca histórica, teórica e prática, no campo das investigações sociais e constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados (Moraes, 1993).

Bardin (1979) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o intuito de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores (quantitativos ou não) que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo, como técnica de investigação, compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científicos (Moraes, 1993). Constitui-se numa técnica de leitura e interpretação do conteúdo de toda e qualquer classe de documentos que, quando adequadamente realizada, proporciona o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social, de outro modo inacessíveis (Olabuenaga & Ispizua, 1989). A análise de conteúdo, com o tempo, tem-se configurado em importante instrumento para o estudo da interação entre indivíduos (Richardson, 1989).

Qualquer material originado de comunicação verbal ou não verbal pode constituir-se em matéria-prima da análise de conteúdo (Lopez-Aranguren, 1986). Os dados oriundos dessa matéria-prima, chegando ao pesquisador, em estado bruto, necessitam ser cientificamente processados para, dessa forma, possibilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo (Olabuenaga & Ispizua, 1989).

Em decorrência do grande volume e diversidade de apresentação da comunicação entre as pessoas, seu campo de aplicação limita-se à capacidade de imaginação do

pesquisador que trabalha com esses materiais (Richardson, 1989). Henry & Moscovici afirmam que "tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido à uma análise de conteúdo (apud Bardin, 1979, p. 32).

3.6.2.1 - FUNDAMENTOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Toda a análise de conteúdo deve estar baseada em uma definição precisa dos objetivos da pesquisa que variam em cada análise e condicionam a diferença das técnicas utilizadas (Richardson, 1989). Uma clara explicitação de objetivos ajuda a delimitar os dados efetivamente significativos para uma determinada pesquisa (Moraes, 1993). É a partir dos objetivos e do material objeto da análise que são selecionadas as unidades e é estabelecido o conjunto de categorias pertinentes (Rosemberg, 1981).

Enquanto procedimento de pesquisa, é perfeitamente possível e necessário o conhecimento e a utilização da análise de conteúdo, dentro de uma abordagem metodológica crítica e epistemologicamente apropriada, numa concepção de ciência que reconheça o papel ativo do sujeito, na produção do conhecimento. Analisar, convenientemente, o material proveniente de grande parte da pesquisa realizada, na área das Ciências Humanas e Sociais, implica classificar, ordenar, quantificar e interpretar respostas verbais e outras manifestações simbólicas de indivíduos e de grupos (Franco, 1986). De certa forma, a análise de conteúdo é uma interpretação pessoal, por parte do pesquisador, relativa à percepção que tem dos dados. Toda leitura se constitui numa interpretação, não existindo uma leitura neutra (Moraes, 1993).

Embora a análise de conteúdo seja sempre feita sobre a mensagem, seus resultados podem ser utilizados para gerar inferências sobre todos os elementos do processo de

comunicação. Porém, devem refletir os objetivos da pesquisa e ter, como apoio, indícios manifestos e capturáveis no conteúdo das comunicações (Franco, 1986).

O processo de análise, conforme Franco (1986), inicia-se a partir do conteúdo manifesto e explícito, entretanto, isso não implica que se possa descartar a possibilidade de análise do sentido "oculto" das mensagens e de suas entrelinhas. Esta última tende a valorizar o material a ser analisado, em especial, quando a interpretação do conteúdo latente tiver o contexto social e histórico, sob o qual foi produzido, como parâmetro. O ponto de partida da análise de conteúdo é o que está escrito (ou o que foi dito), o processo a ser seguido é a interpretação e a contextualização é o pano de fundo, que garante relevância.

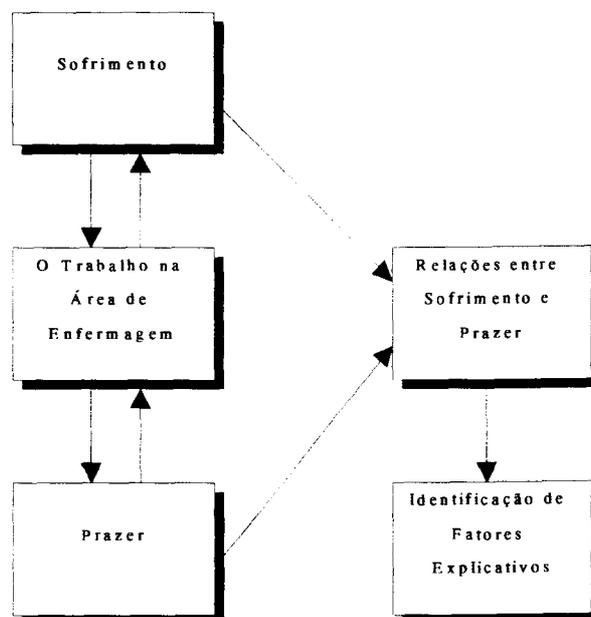
Para entender o texto é indispensável a compreensão do contexto, uma vez que a mensagem da comunicação é simbólica. Portanto, para entender os significados simbólicos do texto, é necessário considerar o contexto, devido este estar explicitado, em qualquer análise de conteúdo (Moraes, 1993).

Embora focalizando, principalmente, uma análise qualitativa, também poderão ser aplicadas em estudos quantitativos. Devem vir precedidas, necessariamente, das definições normais que acompanham um projeto de pesquisa: definição do problema, estabelecimento claro dos objetivos da pesquisa e, a partir disso, reunir os dados previstos pelo projeto. Naturalmente, tal coleta implica a definição de uma amostra e a aplicação de um instrumento para coletar as informações planejadas, se necessário.

3.6.3 - O MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA

O modelo analítico da pesquisa (Fig. 2) apresentado, a seguir, procura representar, de forma simplificada, a interrelação entre os aspectos inerentes ao trabalho na área da enfermagem, o prazer e o sofrimento, com vistas à identificação de fatores que possam explicar, com base na expressão do trabalhador, a gênese do prazer ou do sofrimento no seu trabalho.

Fig. 2 - Modelo Analítico de Pesquisa



3.7 - CONCLUSÕES

Neste capítulo foram apresentados a problemática geral e a questão de pesquisa, bem como explicitados seus objetivos geral e específicos. Apresenta uma revisão detalhada dos fundamentos teóricos do Método de Análise de Conteúdo, os instrumentos de coleta de dados e a técnica de análise. Apresenta, também, com o objetivo de caracterizar a instituição hospitalar, algumas informações consideradas pertinentes, acerca do local de trabalho onde os entrevistados exercem o suas atividades profissionais.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por finalidade caracterizar os participantes da pesquisa, bem como apresentar os resultados da análise das entrevistas. Os resultados são apresentados em três conjuntos de categorias, nas quais as informações coletadas foram classificadas. O primeiro conjunto é constituído de vinte e nove Categorias Iniciais, que apresenta as informações em maior nível de detalhe, com a utilização intensiva das próprias manifestações dos entrevistados. O segundo conjunto, resultado de uma reclassificação das informações, em que se reagrupam as categorias iniciais, dão origem às Categorias Intermediárias, em número de oito e de caráter mais amplo. Finalmente, estas categorias intermediárias são reagrupadas, na busca de uma síntese globalizadora das vivências e percepções dos trabalhadores da área de enfermagem entrevistados, dando origem às três Categorias Finais. Acredita-se que, por meio desse processo de sucessivos refinamentos, tenham sido atingidos níveis de interpretação e compreensão, cada vez mais aprofundados, acerca de fatores que têm implicações na gênese do prazer e sofrimento no trabalho.

4.1 - A COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas feitas com profissionais da área de enfermagem, entre o período de 14 de outubro a 30 de dezembro de 1994. As informações foram reunidas por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em local reservado, preferentemente distinto do ambiente de trabalho e em horário outro que não o dos turnos de trabalho, e gravadas, com a aquiescência dos entrevistados, para serem posteriormente transcritas.

A transcrição deu-se, na íntegra e após cada entrevista, pelo próprio pesquisador para garantir a máxima fidelidade, o sigilo e o anonimato necessários. Preferentemente, uma nova entrevista só era realizada após a total transcrição da entrevista anterior. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos, entre um mínimo de 30 e um máximo de 90 minutos.

Durante a realização das entrevistas, foram apresentadas as seguintes questões: 1) Qual o significado do trabalho para você? 2) Você tem prazer no trabalho? O que dá prazer no trabalho? 3) Você tem sofrimento no trabalho? O que dá sofrimento no trabalho?

A intervenção do entrevistador foi mínima, acontecendo somente quando da realização de nova pergunta ou para, esporadicamente, um redirecionamento ao assunto, quando considerado pertinente, durante a exposição de fatos ou minúcias de detalhamento que se afastassem dos objetivos principais do presente estudo.

Ao final de cada entrevista, eram realizadas perguntas, com base no roteiro com questões fechadas, para a obtenção de dados julgados necessários ao estudo e para a caracterização dos sujeitos da amostra, a seguir discriminados.

4.2 - A DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Dentre as categorias ligadas à Coordenação de Enfermagem do Hospital estudado, selecionamos as categorias "enfermeiro" e "auxiliar de enfermagem", por serem numericamente representativas. Tal escolha também foi motivada devido à característica da enfermagem ser uma profissão socializada, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, constituindo-se numa prática heterogênea, realizada por diferentes categorias, com formação escolar diferenciada e legalmente institucionalizada.

Participaram da pesquisa dezoito profissionais de enfermagem que trabalhavam, à época, em diferentes setores ou unidades e em turnos distintos. A diversidade de tais características foi intencional, com vistas a obter uma visão mais abrangente e diferenciada, relacionada a estes aspectos. A amostra foi acidental, envolvendo, entretanto, profissionais destas duas categorias distintas. Dos entrevistados, nove são enfermeiras (50%) e nove são auxiliares de enfermagem (50%), todos do sexo feminino (100%) (Tabela 1).

TABELA 1 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO SEXO

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Sexo						
Feminino	9	100,00	9	100,00	18	100,00
Masculino	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação à faixa etária, as enfermeiras se encontram entre as idades de 28 a 47 anos, numa média aproximada de 36 anos; os auxiliares de enfermagem se encontram entre as idades de 25 a 50 anos, numa média aproximada de 38 anos (Tabela 2).

TABELA 2 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO À FAIXA ETÁRIA

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Idade (anos)						
20 - 25	0	0,00	1	11,11	1	5,55
26 - 30	1	11,11	2	22,22	3	16,66
31 - 35	4	44,44	1	11,11	5	27,77
36 - 40	3	33,33	2	22,22	5	27,77
41 - 45	0	0,00	1	11,11	1	5,55
46 - 50	1	11,11	2	22,22	3	16,66
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Quanto ao estado civil, a grande maioria (72,23%) é casada ou com uma união estável (6 enfermeiras e 7 auxiliares de enfermagem) (Tabela 3).

TABELA 3 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO ESTADO CIVIL

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Est. Civil						
Solteiro	3	33.33	2	22.22	5	27.77
Casado	6	66.66	7	77.77	13	72.23
Total	9	100.00	9	100.00	18	100.00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação ao número de dependentes, quatro enfermeiras (44,4%) tem um dependente e apenas uma enfermeira tem dois dependentes. As demais enfermeiras (44,4%) não possuem dependentes. Já seis dos auxiliares de enfermagem (66,6%) tem apenas um dependente. Dos restantes três auxiliares de enfermagem, nenhum, dois e três dependentes, respectivamente (Tabela 4).

TABELA 4 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO NÚMERO DE DEPENDENTES

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Núm. Dep.						
Nenhum	4	44.44	1	11.11	5	27.77
Um	4	44.44	6	66.66	10	55.55
Dois	1	11.11	1	11.11	2	11.11
Três	0	0,00	1	11,11	1	5,55
Total	9	100.00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação à escolaridade, cinco enfermeiras (55,5%) realizaram, além da graduação, uma especialização ou a licenciatura plena em enfermagem e as restantes quatro enfermeiras (44,4%) possuem somente a graduação. Seis auxiliares de enfermagem (66,6%) ainda não completaram o segundo grau, dois auxiliares de enfermagem (22,2%) têm o segundo grau completo e apenas um auxiliar de enfermagem possui apenas o primeiro grau, condição legal mínima para o exercício desta categoria profissional (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO À ESCOLARIDADE DOS ENFERMEIROS

Cat. Func.	Enfermeiro	%
Escolaridade		
Graduação	4	44,44
Espec. ou Licenc.	5	55,55
Total	9	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

TABELA 6 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO À ESCOLARIDADE DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Cat. Func.	Aux. Enf.	%
Escolaridade		
1. Grau	1	11,11
2. Grau Incompleto	6	66,66
2. Grau	2	22,22
Total	9	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Quanto ao turno de trabalho, cinco enfermeiras e cinco auxiliares de enfermagem (55,5%) são do turno da tarde, duas enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem (22,2%) são do turno da manhã e duas enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem (22,2%) são do turno da noite (Tabela 7).

TABELA 7 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO TURNO DE TRABALHO

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Turno						
Manhã	2	22,22	2	22,22	4	22,22
Tarde	5	55,55	5	55,55	10	55,55
Noite	2	22,22	2	22,22	4	22,22
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação ao tempo de serviço na área, situa-se entre 1 a 13 anos, numa média aproximada de 8 anos para as enfermeiras e entre 3 a 20 anos para os auxiliares de enfermagem, numa média aproximada de 10 anos (Tabela 8). Quanto ao tempo de serviço na instituição, situa-se entre 1 a 8 anos, numa média de 5 anos para as enfermeiras e entre 1 a 7 anos, numa média de 5 anos para os auxiliares de enfermagem(Tabela 9)..

TABELA 8 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO NA ÁREA

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Anos						
1 - 5	3	33,33	4	44,44	7	38,88
6 - 10	4	44,44	1	11,11	5	27,77
11 - 15	2	22,22	0	0,00	2	11,11
16 - 20	0	0,00	4	44,44	4	22,22
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

TABELA 9 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Anos						
1 - 3	3	33,33	2	22,22	5	27,77
4 - 6	1	11,11	4	44,44	5	27,77
7 - 9	5	55,55	3	33,33	8	44,44
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação à área de atuação, estão representados os seguintes setores ou unidades: Ambulatório e SPA (Serviço de Pronto Atendimento), com um entrevistado; UTI Pediátrica e Neonatológica, com dois entrevistados; Unidade de Internação Pediátrica, com dois entrevistados; Maternidade e Centro Obstétrico, com três entrevistados; Unidade de Internação Cirúrgica, com três entrevistados e Unidade de Internação de Clínica Médica, com sete entrevistados (Tabela 10).

TABELA 10 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO SETOR OU LOCAL DE ATUAÇÃO

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Setor						
Amb. e SPA	1	11,11	0	0,00	1	5,55
Cl. Cir.	2	22,22	1	11,11	3	16,66
Cl. Méd.	3	33,33	4	44,44	7	38,88
Un. Ped.	0	0,00	2	22,22	2	11,11
UTI-Ped.	2	22,22	0	0,00	2	11,11
Mat. e CO	1	11,11	2	22,22	3	16,66
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Quanto ao número de empregos, cinco enfermeiras (55,5%) tem apenas um emprego, as demais quatro enfermeiras (44,5%) têm dois empregos. Por sua vez, sete auxiliares de enfermagem (77,7%) têm apenas um emprego e dos restantes, um tem dois empregos e outro três (Tabela 11).

TABELA 11 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO NÚMERO ATUAL DE EMPREGOS

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Num.Empr.						
1	5	55,55	7	77,77	12	66,66
2	4	44,44	1	11,11	5	27,77
3	0	0,00	1	11,11	1	5,55
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

Em relação à faixa salarial pertinente ao HU, esta situa-se entre 3,5 a 4,5 salários mínimos* para as enfermeiras e entre 2,5 a 3,5 salários mínimos para os auxiliares de enfermagem (Tabela 12).

TABELA 12 - DEMONSTRATIVO DE DISTRIBUIÇÃO QUANTO À FAIXA SALARIAL

Cat. Func.	Enfermeiro	%	Aux. Enf.	%	Total	%
Salário (R\$)						
150 a 200	0	0,00	4	44,44	4	22,22
200 a 250	0	0,00	5	55,55	5	27,77
250 a 300	4	44,44	0	0,00	4	22,22
300 a 350	5	55,55	0	0,00	5	27,77
Total	9	100,00	9	100,00	18	100,00

FONTE: DADOS DA PESQUISA

* O Salário Mínimo, à época da coleta dos dados, era de R\$ 70,00.

4.3 - A ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS: SEQÜÊNCIA DE PASSOS

Segundo Bardin (1979), a análise por categorias é cronologicamente mais antiga e, na prática, a técnica mais utilizada do conjunto das técnicas de análise de conteúdo. Portanto, a escolha recaiu sobre a análise temática das entrevistas, pela sua eficácia na aplicação a discursos diretos, mediada por categorizações, cujo funcionamento se dá por operações de desmembramento do texto, em unidades, segundo reagrupamentos analógicos.

Adotamos, no presente estudo, a seqüência de passos da metodologia de análise de conteúdo apresentada por Moraes (1993), consistindo das seguintes etapas:

1 - Preparação das informações

Esta etapa foi realizada em dois momentos distintos: a) transcrição das entrevistas gravadas, na íntegra e imediatamente após sua realização, e b) leitura flutuante para destacar e selecionar aspectos pertinentes e relevantes ao estudo.

2 - Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades

Esta etapa também foi realizada em dois momentos distintos: a) separação em parágrafos, de acordo com o conteúdo temático, e b) reelaboração das unidades de registro, por meio de uma síntese posterior de cada parágrafo, como recurso facilitador ao manuseio das informações, embora, mantendo constante preocupação em conservar tanto o sentido original como as próprias palavras do entrevistado, relacionadas ao tema.

3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias

Esta etapa, com base na temática, se processou pelo agrupamento das unidades de registro, a partir do desmembramento das várias entrevistas.

4 - Descrição

Esta etapa constituiu-se de operações por categorias iniciais, a partir da descrição de suas principais idéias.

5 - Interpretação

Esta etapa constitui-se da elaboração das categorias intermediárias mais abrangentes, a partir das informações das categorias iniciais e, finalmente, da elaboração das categorias finais, na busca de uma síntese mais globalizadora e do alcance de níveis de interpretação e compreensão mais aprofundados.

4.4 - A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Por meio do presente estudo, propusemo-nos a investigar a relação prazer, sofrimento e trabalho e estabelecer as implicações do trabalho em si, de sua organização e das condições oportunizadas para seu desenvolvimento nos sentimentos de prazer e sofrimento dos trabalhadores, na área de enfermagem. Portanto, buscar identificar fatores que, na prática e vivências do cotidiano do trabalho que realizam, são percebidos como possíveis causas de tais sentimentos.

Os resultados da análise são apresentados em três conjuntos de categorias, nas quais as informações coletadas foram classificadas. O primeiro conjunto constitui-se das Categorias Iniciais que apresenta as informações, em maior nível de detalhamento, com a utilização intensiva das próprias manifestações dos entrevistados.

O segundo conjunto é formado pelas Categorias Intermediárias, uma reclassificação das informações, em que se reagrupam as categorias iniciais, objetivando um menor número de categorias, de caráter mais amplo. Finalmente, estas categorias

intermediárias são reagrupadas dando origem às Categorias Finais, nas quais procuramos uma síntese globalizadora das percepções dos entrevistados, acerca da relação prazer, sofrimento e trabalho, destacando fatores que, na percepção dos trabalhadores entrevistados, têm implicações nas gêneses do prazer e do sofrimento no trabalho. Tomamos a liberdade de, no início de cada uma das categorias e a cada nova categorização, incluir algumas falas dos entrevistados com o objetivo de fornecer ao leitor algumas pistas, acerca do processo de análise, bem como da pertinência de sua classificação e para oportunizar, ainda, a possibilidade de perceber, além de seu significado, os sentimentos nelas manifestados.

4.4.1 - CATEGORIAS INICIAIS

São vinte e nove as categorias iniciais, apresentadas sem uma ordenação ou seqüenciação dentro de qualquer critério. Estas categorias foram definidas, a partir do exame dos materiais, não tendo havido qualquer esforço de pré-defini-las, sendo apresentadas a seguir:

1 - A MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO

(...) a gente trabalha para exercer aquilo que gosta. Se eu escolhi enfermagem é porque gosto, apesar da gente ter muito... às vezes, muito sofrimento. Mas a gente trabalha por gostar e pelo dinheiro também. Hoje em dia, não dá para ficar sem trabalhar. Mas enfermagem porque gosto da enfermagem. Gosto do que eu faço.

Entrevista 1 - Enfermeira.

(...) eu gosto muito do que eu faço. Eu gosto de ter contato com o paciente. Eu gosto de ter contato com os colegas. Em si, eu gosto de tudo... Eu gosto da enfermagem mesmo e eu acho que... eu descobri... o que? fazem uns quatro anos que eu dava para isso. Porque foi quando eu me operei. Eu fui muito bem tratada e foi, dali, que eu decidi que eu

queria trabalhar no hospital porque eu queria dar o carinho e a atenção para os pacientes, que eu tive.

Entrevista 5 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "A Motivação para o Trabalho", inclui a descrição de vivências que apresentam a percepção dos entrevistados, acerca do que os motiva ao trabalho, em especial ao trabalho hospitalar e, em particular, na área da enfermagem. Fazem alusão, principalmente, ao gosto pelo tipo de trabalho e à necessidade de realizarem o trabalho, com vistas a uma compensação financeira para atender às necessidades de sobrevivência.

Consideram que o trabalho que realizam satisfaz, apesar da decepção com o salário que, na maioria das vezes, não garante a independência financeira e do sentimento de impotência, frente às adversidades à realização desse trabalho. Enfatizam que se mantém motivados por estarem na profissão que querem e gostam e reúnem forças para manterem-se na "luta", apesar dos sacrifícios, por adorarem o trabalho no hospital e de cuidarem de pessoas.

Principalmente os auxiliares de enfermagem salientam que o contato com colegas e pacientes e as oportunidades de dar atenção e carinho, de realizar cuidados, não importando que os mesmos, diversas vezes, para o mesmo paciente, são motivos de prazer, por realizarem com prazer o trabalho que gostam. Para os entrevistados, apesar de terem do que reclamar, têm muito prazer no trabalho porque realizam o trabalho com prazer, por gostarem do tipo de trabalho e do próprio local de trabalho.

Os entrevistados consideram que o tratamento dispensado ao paciente não é uma obrigação vinculada ao salário. Entretanto, percebem-no como uma obrigação ética e moral, por quererem que o paciente se sinta melhor. Percebem que, no fundo, o prazer não está só em ajudarem o outro, mas além de gostarem, de quererem passar alguma coisa positiva para o outro, também estão em busca da própria satisfação.

Os períodos de férias e folgas são percebidos, pelos entrevistados, como possibilidades de descanso, mas estar no hospital, mesmo que as coisas não aconteçam como devem, é considerado como um imenso prazer, por implicar a perspectiva de estarem fazendo alguma coisa de utilidade para alguém, de estarem fazendo tudo o que sabem para ajudar na recuperação do paciente, sempre aprendendo alguma coisa, valorizando-se e sentindo-se valorizados.

Reportando-se a épocas anteriores, principalmente as enfermeiras, consideram que já houve mais prazer no trabalho do que agora. Encontram alguns prazeres, nem todos os que gostariam, mas a possibilidade de fazerem o que gostam dá prazer. Esclarecem que o prazer tem se limitado, atualmente, a fazerem aquilo de que gostam, exercerem a profissão e ajudarem as pessoas.

Na opinião de muitas enfermeiras, no início da profissão, as dificuldades não eram percebidas como sendo dificuldades, porque o entusiasmo era maior e havia maior crença e esperança no futuro; o sofrimento era menor. Atribuem a perda do entusiasmo pelo trabalho à soma de pequenos desagradados e à falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, especialmente, por parte da direção.

2 - O RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO

E muito mais ainda, quando tu vês os resultados daquele cuidado que tu prescreveste, daquele cuidado que tu prestaste rendendo, dando bom resultado, tendo uma melhora no estado. É bastante gratificante isto. Eu acho que é uma das coisas que mais dá prazer. Realmente, é uma alegria, quando a gente vê o paciente que esteve mal, melhorando e indo embora para casa.

Entrevista 6 - Enfermeira.

Tem bastante sofrimento, às vezes, né? Porque, às vezes, a gente se apega aos pacientes, né? Torna assim... bem dizer quase se torna um familiar da gente. Às vezes, quando o paciente morre, assim, a gente

sente, né? Acaba sentindo. Se torna querida. Ainda mais se internam uma porção de vezes e acabam morrendo com a gente. É triste! Aí, sim causa sofrimento, né?

Entrevista 4 -Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "O Resultado do Trabalho Desenvolvido" inclui a descrição de vivências que os entrevistados apresentam e a repercussão do resultado do trabalho na percepção do prazer e do sofrimento. Nessas descrições destacam as situações que percebem como geradoras dos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, a simples possibilidade de poder realizar o trabalho, de contemplá-lo e de ver os bons resultados é bastante gratificante, constituindo-se naquelas coisas que dão mais prazer no trabalho. Enfatizam que a possibilidade de poder dar tranqüilidade ao paciente, ao percebê-lo abatido, conversar com ele e acompanhar sua melhora ou de fazê-lo sentir-se bem e a afetividade que se desenvolve e a troca de carinhos são formas de prazer.

Consideram, também, como situações geradores de prazer, presenciar a felicidade dos familiares com a evolução favorável e a recuperação do paciente e os resultados de exames que indiquem não serem necessários realizar determinados procedimentos invasivos ou, por natureza, desagradáveis ou dolorosos. Destacam que a recuperação de um paciente grave e, principalmente, o sucesso nas manobras de ressuscitação, mesmo que fugaz, constituem-se em situações consideradas muito prazerosas.

Por outro lado, apontam que a impossibilidade de poder exercer a enfermagem como acham que devem, por diversos motivos alheios a sua vontade, dá tristeza. Salientam que, quando o paciente mantém esperanças de recuperação e é sabido que não é possível e a impossibilidade de poder fazer alguma coisa para aliviar o sofrimento ou, até, evitar a morte de um paciente são motivos de bastante sofrimento.

Para os entrevistados, a resignação e a impotência que se manifestam, ante à inevitabilidade da morte, geram sentimentos de frustração que põem à mostra a inutilidade do esforço empreendido, restando apenas permanecer junto ao paciente e presenciar seu clamor e agonia. Por sua vez, acompanhar as diversas intenações até o óbito é enfatizado como motivo de sofrimento, devido ao apego que se manifesta, e que, além de sentimentos de impotência, conduz a questionamentos, acerca de que se o possível foi realmente feito.

Apontam que o sofrimento com a morte pode ser atenuado ou agravado, de acordo com as avaliações das condições do paciente ou da existência ou não de falhas no atendimento, em decorrência de inexperiência da equipe. Em sua percepção, a morte, quando impossível de ser evitada, dá tristeza mas, quando seria prevenível, o sofrimento é bem maior.

Os entrevistados qualificam a morte como mais chocante quando ocorre de um modo abrupto e, especialmente, quando o prognóstico era considerado bom. Apesar da certeza de que todos vão morrer, salientam que a morte de uma pessoa quanto mais jovem é percebida como mais traumatizante. Percebem a morte da criança como muito mais traumatizante.

Outro motivo de sofrimento, predominantemente alegado pelas enfermeiras, é de ficarem, na maioria dos casos, responsáveis pela comunicação da morte do paciente aos familiares, situação que consideram muito angustiante, em decorrência da imprevisibilidade das reações das pessoas. Por outro lado, relatam que a morte magoa e "dói", mas que o tempo permite o desenvolvimento de mecanismos que possibilitam suportar, de forma menos sofrida e impessoal, a morte e os sentimentos alheios.

3 - O RECONHECIMENTO PELO TRABALHO REALIZADO

O nosso trabalho não é reconhecido nem pelas companheiras. Isso é uma coisa que me desagrada, profundamente. (...) Agora, tem uma coisa que é uma coisa que dá prazer. Isso me dá um prazer muito grande. O paciente sabe quem eu sou. Ele conhece o meu trabalho. Isso é uma das maiores alegrias que eu tenho. O paciente entende, ele sabe o valor que eu tenho e ele é capaz de... até de externar isso em forma de palavra. Muitas vezes eles vêm falar e, à maneira humilde deles, eles agradecem pelas coisas que a gente faz. Às vezes, até, por coisas que tu fazes e tu não lembras mais que tu fizeste. Mas eles não esquecem e isso... isso é um estímulo, isso é uma alegria... é o reconhecimento do paciente.

Entrevista 13 - Enfermeira.

Às vezes, assim, é muito difícil. Ninguém acredita que tu fazes um bom trabalho. Acho que a pessoa tem consciência, assim, se ela analisa. Mas não sei. Se tu vais fazer alguma coisa esperando um reconhecimento de alguém, então, tu não vais fazer nada porque ninguém chega e diz: Pô! que bom que tu me ajudaste a fazer. Claro, dos pacientes, sinto!

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "O Reconhecimento pelo Trabalho Realizado", os entrevistados apresentam sua percepção em relação a forma de reconhecimento e valorização que consideram obter pelo trabalho realizado. Partem da suposição de que ser reconhecido e valorizado pelo trabalho realizado, assim como os comentários positivos acerca do mesmo, as demonstrações de agradecimento e de reconhecimento partindo dos pacientes e dos familiares, dão muito prazer. Enfatizam que ter o trabalho reconhecido e valorizado por todos, inclusive pela direção, constitui motivo de prazer.

Percebem que o paciente sempre dá um retorno pelo trabalho realizado, ao mostrar-se grato e ao demonstrar conhecer o profissional, constituindo-se num estímulo e numa das maiores alegrias, sendo motivo de muito prazer. Porém, o reconhecimento pelo trabalho, é na visão, principalmente dos auxiliares de enfermagem, percebido como ainda restrito ao paciente, sendo que o sentimento de recompensa tem ficado mais no plano da

espiritualidade, pela possibilidade de enfrentar às adversidades de uma vida entendida como sacrificada.

O reconhecimento, na opinião de alguns, é entendido como uma avaliação, não apenas dos aspectos positivos mas, também, dos negativos para poder melhorar. Entendem que a falta desse retorno magoa muito e dá sofrimento no trabalho pelo desconhecimento se o trabalho desenvolvido atende ou não aos objetivos da organização.

A percepção geral dos entrevistados é de que não há reconhecimento pelo trabalho que realizam, principalmente pela direção e pelas pessoas hierarquicamente superiores, devido ao aparente descaso evidenciado, especialmente, pela falta de estímulos. Também consideram como falta de reconhecimento, o descaso como são tratadas suas necessidades, mais especificamente, as de ordem econômica.

Atribuem o sofrimento no trabalho à existência de muita cobrança e à falta de reconhecimento, principalmente, por parte da coordenação de enfermagem, por entenderem que somente as falhas são apontadas, em detrimento dos acertos, apesar do máximo empenho em fazer o possível e, muitas vezes, da inexistência quase absoluta de condições para realizar o trabalho.

Por sua vez, principalmente os auxiliares de enfermagem, apontam que também gera sofrimento o não reconhecimento, por parte dos médicos, do trabalho e do esforço dispendido para bem atender os pacientes, bem como, certas atitudes e comportamentos de familiares que denotam uma não valorização do trabalho realizado e da pessoa que o realiza. Manifestam a percepção, também, de que parece que os próprios elementos da equipe de enfermagem não valorizam o trabalho do outro.

Muitas enfermeiras percebem que o trabalho que realizam está sendo mais valorizado pelo médico do que pelos próprios enfermeiros e professores de enfermagem,

principalmente aqueles que exercem cargos administrativos no hospital. Por outro lado, o sofrimento também decorre, na percepção de algumas enfermeiras, do menosprezo evidenciado por parte de profissionais da saúde mais antigos, em decorrência de uma mentalidade "atrasada". Porém, mudanças de mentalidade estão sendo percebidas em alguns profissionais antigos, principalmente daqueles que entraram em contato com outras realidades, e nos novos médicos, por reconhecerem e respeitarem o trabalho do enfermeiro e da enfermagem.

Os entrevistados afirmam que há a impressão de que a profissão já está sendo mais reconhecida e com uma maior diferenciação entre as categorias dos profissionais da enfermagem, tanto pelos pacientes como pelos médicos. Por outro lado, os auxiliares de enfermagem mostram-se sabedores de suas atribuições e vêm em sua subordinação ao enfermeiro a possibilidade de não serem desrespeitados, principalmente, pelos médicos.

4 - A REMUNERAÇÃO PELO TRABALHO

Uh! O salário já não dá mais sofrimento por ter excedido todos os limites de sofrimento possível. Dizer que é um problema? Não! Não é o problema! Ele é a base de tudo (risos)! (..) A maior parte das enfermeiras não sobrevive só com o seu salário. (...) tem marido, mora com a família ou não paga aluguel porque só com o salário não daria para sobreviver, se manter e ter uma vida... eu já não digo, com um bom nível mas razoável, em termos de sobrevivência. Só com o salário não é possível tudo isso.

Entrevista 6 - Enfermeira.

E o salário e sofrimento (risos)... é? Não! É mesmo! O salário é um sofrimento porque teu serviço não é valorizado. Mesmo que por mais que eu goste de fazer alguma coisa... a gente precisa comer, precisa viver, precisa vestir, coisa e tal. Então... porque tu sabes que deverias ganhar mais, que deverias ser reconhecido e tu não és.

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "A Remuneração pelo Trabalho", estão reunidas as informações sobre os sentimentos dos entrevistados, em relação ao salário que recebem como pagamento ao trabalho que realizam. Todos os entrevistados consideram o salário muito pouco, péssimo até, pelo tipo de atividade e pela responsabilidade que têm. Enfatizam que o salário é um motivo de sofrimento por não corresponder ao esforço dispendido pelo trabalhador da área e por traduzir a falta de valorização do trabalho. Percebem o salário como gerador de desânimo e extremamente injusto, devido às restrições que impõe à vida particular.

Os entrevistados salientam que, devido ao salário, por si só, não ser capaz de garantir a sobrevivência com decência, muitos obrigam-se a trabalhar em mais de um emprego para poderem ter uma vida melhor, o que consideram muito estressante e, após muita economia, poderem adquirir alguma coisa que desejam ou sonham.

Para muitas enfermeiras, o salário é percebido como o primeiro motivo de sofrimento, por ter excedido todos os limites possíveis de sofrimento, por demonstrar o quão pouco o trabalho é reconhecido. Mesmo assim, são de opinião que a pouca remuneração não deve se constituir em impedimento à realização do trabalho e não autoriza um desempenho medíocre. A sujeição a um salário considerado pouco, na percepção dos entrevistados, resulta da necessidade de sobrevivência porém, também é verdade que trabalham mais pelo amor ao trabalho do que pelo que recebem.

Por outro lado, na opinião de quem já representou os trabalhadores, as negociações por melhores salários com a administração são desanimadoras. Tudo é muito sacrificado, muito difícil, sem retorno em termos de ganhos e de reconhecimento e de apoio da própria categoria. A falta de uma postura política expressiva e a própria acomodação da classe é sentida como responsável pela situação atual. Referem que o

desinteresse pela saúde, por parte dos governantes, é percebido como quase total, ao serem destinadas verbas insuficientes, tornando difícil prestar a assistência e, até, melhorar os salários da área.

Embora considerado pouco e preferirem que o salário seja maior, principalmente os auxiliares de enfermagem, relatam que houve épocas em que já foi bem pior e que, atualmente, não consideram tão pouco, existindo pessoas que sobrevivem com bem menos. Percebem o salário como não suficiente para dar prazer, mas não o consideram tão desesperador, ao levarem em conta o nível de escolaridade que possuem.

5 - CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE TRABALHO

Quando chega no final do dia, que tu ficas circulando pela Unidade, tu perdes muito tempo indo atender um paciente teu que está longe e que, na realidade, não teria necessidade de tu perderes todo esse tempo, né? (...) Um cansaço muito grande que se traduz num sofrimento físico, mental e psicológico. Todos! (risos). (...) Eu acho que tu perdes muito tempo caminhando, caminhando, caminhando por uma área física mal estruturada.

Entrevista 9 - Enfermeira.

Eu quero sair da Clínica (Médica). Eu não agüento mais essa Clínica, mas não tem outro lugar. É muito sofrimento! É muita coisa assim... Uma, que é muito estressante, né? E... E é muito sofrimento, dia a dia, assim que vendo as coisas todos os dias, paciente que nunca vai embora, que fica aí, não sei quantos anos e aquela coisa... Paciente morrendo, aí... Então, eu não sei... Eu... Assim que der outro lugar eu... Eu já pedi várias vezes mas não tem outro lugar.

Entrevista - 10 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "Características do Setor de Trabalho", estão reunidas as informações sobre os sentimentos dos entrevistados, em relação às características do local

onde realizam a maior parte de suas atividades e a repercussão de tais características na percepção de prazer e sofrimento no trabalho. São apresentadas as visões mais particularizadas dos entrevistados, acerca de sua experiência atual, em seus locais de trabalho, embora muitos deles reportem-se às condições que percebem em outras unidades do hospital, por já terem, muitas vezes, desenvolvido suas atividades nestes locais.

Para os entrevistados, o sentir-se bem no local de trabalho é percebido como uma condição necessária para trabalhar bem. Embora, existam preferências, salientam que o prazer no trabalho independe do local. Apontam que a inadequação das condições físicas do ambiente de trabalho interfere, negativamente, na realização do trabalho, principalmente, se as características do local apresentam-se inadequadas ao tipo de trabalho a ser desenvolvido.

A falta de manutenção das instalações do ambiente, também, são consideradas como um problema, pelas repercussões que acarretam aos pacientes. Os entrevistados percebem as condições de trabalho, em termos de ambiente físico, como causadoras de um desgaste físico muito grande, traduzindo-se em sofrimento, não só físico como mental. Em suas opiniões, uma área física mal estruturada faz com que haja muita perda de tempo, sendo que muito do tempo de trabalho é consumido em função dos constantes deslocamentos para o atendimento do paciente. Isso é bastante desgastante e origem de muito sofrimento. As enfermeiras apontam a área física mal estruturada como um impeditivo ao domínio do conjunto dos pacientes, sob sua responsabilidade.

A Clínica Médica é percebida pelos que lá trabalham, por aqueles que já trabalharam e pelos que receiam vir a trabalhar nesta unidade, como um local onde existe muita cobrança, um maior volume de trabalho e, praticamente, nenhum reconhecimento pelo trabalho realizado, além do processo de discriminação que o pessoal atuante ali

sofre. Na opinião de alguns, ficar traumatizado é o normal de quem trabalha na Clínica Médica e se envolve com a dinâmica do trabalho.

Determinada enfermaria, da Clínica Médica, foi apontada, pelos que lá trabalham, como uma das maiores causas de sofrimento no trabalho. Esta enfermaria foi, inicialmente, criada para agrupar, num mesmo local, os pacientes já internados e que necessitavam de muitos cuidados de enfermagem, mas encontravam-se dispersos pelas demais enfermarias. Segundo os entrevistados, o objetivo era de facilitar o trabalho, permitir maior domínio da situação e evitar os constantes deslocamentos e a conseqüente perda de tempo.

Consideram que houve um desvirtuamento do objetivo inicial, fundado na diferença de percepção dos médicos, que atribuíram ao local características de uma UTI, concentrando-se ali, alguns poucos instrumentos mais sofisticados, mas sem a dotação de maior número de funcionários e materiais. Consideram que, nesta enfermaria, houve um acúmulo de trabalho, tendo piorado as condições em que os pacientes ali internam. Na percepção dos entrevistados que atuam neste local, tal situação é considerada como geradora de um grande sofrimento em toda a equipe de enfermagem.

Por sua vez, os entrevistados que atuam ou atuaram na área da UTI Pediátrica, a consideram como um local muito estressante, no qual equipamentos altamente sofisticados são colocados em uso, sem um treinamento prévio, causando, muitas vezes, incerteza quanto a sua correta utilização. Informam, por outro lado, que a manutenção desses aparelhos têm ficado ao cargo de curiosos ou pessoal pouco habilitado, conduzindo à insegurança quanto aos benefícios e malefícios que podem advir com o seu uso para o paciente. A atuação com uma aparelhagem pouco confiável, segundo eles, é percebida como mais traumatizante. Por outro lado, ver, diariamente, os equipamentos que seriam de grande utilidade no tratamento do paciente não disponíveis para o uso, amontoados e

rotulados como defeituosos são considerados, pelos entrevistados da área, como deprimente.

A situação da maternidade, na visão dos que trabalham no local, é percebida como cômoda, em relação ao hospital como um todo. É salientada a presença de melhores condições de trabalho. O tratamento diferenciado que recebem é visto como uma regalia, apesar de não ter tudo que consideram necessário. Apresentam como justificativa a esse tratamento diferenciado o tipo de paciente atendido, na maternidade, que, além de representar retorno financeiro, traz o reconhecimento da comunidade pelo trabalho realizado, por meio de elogios e agradecimentos públicos, o que, na opinião dos entrevistados, torna a administração mais sensível às solicitações e necessidades do setor. Em sua opinião, a própria comunidade mostra-se mais aberta às necessidades do setor, por meio da ação de grupos voluntários da comunidade.

6 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

Outra coisa que me dá prazer é o convívio. O convívio com os companheiros, aqui dentro, é uma coisa que me dá prazer. Então, isso aí, é uma coisa que me alegra muito, a convivência com os outros me alegra muito.

Entrevista 13 - Enfermeira.

O grupo também, quando ele é bom, quando ele é bom de trabalhar também dá prazer. O grupo é gostoso de trabalhar quando há uma harmonia, uma compreensão, um respeito mútuo. Aí, quando o grupo é coeso, é bom, dá prazer de trabalhar.

Entrevista 15 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "O Relacionamento Interpessoal no Ambiente de Trabalho", os entrevistados descrevem sua percepção em relação às demais pessoas que constituem o

grupo com o qual interagem, ou seja, a equipe de trabalho mais próxima. São descritas as vivências e apontadas as situações percebidas como geradoras de prazer ou de sofrimento no relacionamento pessoal dos membros da equipe de enfermagem entre si, com os médicos e com os pacientes.

Os entrevistados consideram que trabalhar com um grupo bom, onde imperam a harmonia, a compreensão, a coesão, o respeito mútuo e a amizade, características de um bom relacionamento, é uma situação boa e que dá muito prazer. Salientam que dispensar um tratamento cordial a todos é motivo de alegria.

Ao reportarem-se ao grupo de trabalho mais restrito, consideram que o relacionamento é o melhor que existe, devido a todos se ajudarem mutuamente. Alguns até chegam a considerá-lo ótimo, como se fosse uma família. Para a grande maioria dos auxiliares de enfermagem, o relacionamento com as enfermeiras e com a chefia de enfermagem do local de trabalho é ótimo. Já para alguns, apesar de respeitarem a chefia, independentemente de quem seja, a percepção da existência de tratamentos desiguais e de privilégios gera sofrimento, mesmo que neutralizado pelo bom relacionamento com os demais colegas do setor.

Problemas atualmente evidenciados e identificados como comportamentos de rivalidade e competição, foram atribuídos, pelos entrevistados, à proximidade do concurso público para preenchimento de vagas no hospital; este percebido como uma ameaça ao emprego, em caso de reprovação.

Apontam o relacionamento com a equipe médica como ótimo e o resultado considerado como maravilhoso, quando há liberdade de expressão e de compartilhamento de experiências e vivências, por tornar o trabalho melhor e, muitas vezes, proporcionar momentos de lazer. Por outro lado, não apreciam a tendência apresentada por alguns médicos residentes, de falar em tom de voz mais alto e autoritário, apesar de que, aos

poucos, percebem que estão prevalecendo atitudes mais polidas, no relacionamento médico-equipe de enfermagem.

Para os entrevistados, a confraternização com os colegas de trabalho é percebida como algo que dá prazer, por tornar o relacionamento da equipe mais informal, possibilitando comparações entre os diferentes trabalhos realizados, assim como críticas construtivas. Consideram a capacidade para ouvir e aceitar críticas como uma forma de ajuda ao crescimento profissional.

As enfermeiras, principalmente, vêm em poder compartilhar da intimidade dos subordinados, a possibilidade de ajudá-los na resolução de seus problemas pessoais, percebendo que essa forma de relacionamento mais íntimo permite desenvolver um trabalho mais tranquilo e, portanto, mais prazeroso.

O contato direto e a interação com o paciente, também são percebidos, pelos entrevistados, como situações que dão prazer no trabalho, principalmente, quando há o desenvolvimento de laços afetivos, de se ter amizade e de se ser conhecido e lembrado pelo paciente.

Coxixos e conversas reservadas são percebidos e sentidos, por algumas enfermeiras, como coisas que incomodam. Por outro lado, ser vítima de maledicências é percebida como uma coisa que angustia e magoa intensamente, tornando o ato de trabalhar muito difícil. Por sua vez, demonstrações de interesse percebidas como não sinceras e não espontâneas, mesquinhas, falta de coleguismo e falta de união da classe, quando presentes, são motivo de desgosto.

As enfermeiras salientam que, agora, percebem a relação médico-enfermeira mais equilibrada, com o relacionamento melhor. Reportam-se a períodos críticos em que não havia um mínimo de consideração e respeito pelo trabalho da enfermagem, mas percebem

a existência, ainda, de um árduo trabalho pela frente. Apesar das mudanças e de sentimentos de maior valorização, em decorrência do nível do trabalho realizado, durante os últimos anos, enfatizam que ainda permanece bastante forte o desrespeito pela enfermagem.

Acreditam que a falta de respeito para com as pessoas, por parte dos futuros médicos constitui um traço marcante de sua formação. Atribuem tal comportamento às idéias preconcebidas, acerca de si e dos outros, introjetadas a partir das idéias que os residentes têm e que aprenderam de seus professores. Para os entrevistados, a enfermagem se vê às voltas com a onipotência e os preconceitos do médico recém-formado, gerando um desgaste bastante grande. Apresentam a percepção de que o desrespeito para com as pessoas e para com o trabalho dos outros é maior entre os cirurgiões.

A falta de uma reunião com os novos residentes é percebida, pelas enfermeiras, como a responsável pelo clima desagradável que se instala a cada início de ano. Consideram que as atitudes por eles tomadas, suas solicitações, seu desconhecimento da realidade e das normas e rotinas são geradoras de um grande desgaste para a enfermagem. Percebem esse desgaste, a cada troca de residentes, como desnecessário. No entanto, lhes parece que isso não é levado em consideração pelos preceptores dos residentes. Por outro lado, salientam que esse desgaste não se limita só ao grupo de enfermagem, mas se estende ao paciente que é submetido, por inexperiência, a determinadas situações desnecessárias e que, às vezes, não são evitadas por não serem aceitas as opiniões emitidas pelos enfermeiros.

A adoção de uma relação de igualdade com o médico está sendo percebida como natural, por algumas enfermeiras, mas ainda fundada numa forte justificativa. Apesar da consciência da manutenção de discrepância entre as remunerações, consideram que esta

relação igualitária decorre da postura adotada pela própria enfermeira e do sentimento que tem em relação a si própria como uma profissional de nível superior.

7 - A NORMATIZAÇÃO DO TRABALHO

Ou então, por exemplo, vêm aquelas ordens, né? Que nem a pouco veio uma ordem que a gente não podia sair da Unidade para nada, né? Nem na Cirúrgica ou ir no SPA. A gente tinha que estar na Unidade da gente. E, muitas vezes, eles mandam a gente, né? na patologia, na Santa Casa levar gasometria, coisas assim. Se a ordem é pra gente não sair, a gente não pode sair da Unidade, né? Teria que ter alguém que fizesse esse serviço, né? (...) Mas, às vezes, acontece, né? da gente ter que sair quatro ou cinco vezes. A gente larga o que está fazendo para levar gasometria. Aí, mal acabou de chegar, já tem que ir de novo porque tem que ir na patologia levar algum líquido ou coisa assim. Aí, muitas vezes,... às vezes, nem perguntam pra gente, né? Vão direto na (enfermeira) administrativa saber o que que o funcionário estava fazendo na Santa Casa ou atravessando no meio da rua.

Entrevista 4 - Auxiliar de Enfermagem.

Já houve muitas normas. Andou uma época que a coisa era muito de normas. Tem que ser assim, tem que ser assim, tem que ser assim... Não é? Independentemente de tu poderes ou não. Agora a coisa está mais devagar. Então a coisa já está mais assim: eles comunicando para depois vir uma ordem. Me parece, pelo menos, nesse momento, a coisa está andando assim.

Entrevista 14 - Enfermeira.

Na categoria "A Normatização do Trabalho", os entrevistados apresentam sua percepção acerca das determinações emanadas da direção e, em especial, da coordenação de enfermagem.

O entrevistados consideram que a existência de normas e rotinas é necessária para uma ação padronizada. Concordam que, às vezes, são expedidas normas percebidas como positivas e factíveis, o que é considerado ótimo. Salientam que, geralmente, as normas e determinações emanadas da administração têm um caráter proibitivo, impondo limites e impossibilidades consideradas, muitas vezes, absurdas. Percebem esta situação como uma coisa ruim. Enfatizam que as normas são freqüentemente editadas, sem discussão, sendo seguidas à medida do possível e muitas normas, por serem inviáveis, desaparecem tão rápido quanto surgem, e tudo volta a ser como era antes. Porém, apontam que determinadas normas, apesar de impostas, são percebidas como necessárias.

O cerceamento da autonomia, em decorrência da imposição de normas obrigatórias e proibitivas, é percebido como muito desgastante e gerador de bastante sofrimento. Enfatizam que algumas normas estão sendo estabelecidas sem uma avaliação prévia das reais possibilidades que o grupo tem para cumpri-las sendo, muitas vezes, impossíveis de serem seguidas, devido à falta de condições para sua observância.

Para os entrevistados, atualmente, a coordenação tem procurado dar uma conotação democrática às deliberações, como se as normas resultassem do consenso do grupo mas, na realidade, percebem que as decisões já vêm prontas. Por outro lado, alguns atribuem a causa deste estado de coisas a motivos pessoais e à indiferença ou mágoa em relação à coordenação, o que leva muitos enfermeiros a não se fazerem presentes às reuniões promovidas com o grupo restando, como única alternativa à coordenação, a imposição das normas.

As enfermeiras, em especial, percebem que seguir às normas estabelecidas pela administração pode ser causa de sofrimento, principalmente, quando as normas são descumpridas pela própria administração. Tal fato é percebido como indignante com a equipe de trabalho e desconsideração e desrespeito pelos pacientes.

Por sua vez, normas existentes em outros serviços, que repercutem negativamente no trabalho da enfermagem e no tratamento do paciente, são percebidas, principalmente pelas enfermeiras, como causadoras de sofrimento.

8 - OS RECURSOS PARA REALIZAR O TRABALHO

Um motivo de sofrimento: batalhar por roupa! A gente batalha, pede roupa para trocar os pacientes... o pessoal que está todo evacuado e urinado e a gente no telefone pedindo roupa. "Precisas de muito?" perguntam pelo telefone. Eu preciso! Se tu quiseres, eu preciso de cem. Cem dava bem pra... Me mandam dez. Mandam dez, rasgados.

Entrevista 3 - Enfermeira.

(Prazer) É tu teres o material pra trabalhar. Teres o material à disposição. Tu teres uma roupa de cama pra trocar um paciente que está todo urinado, que está todo suado. Tu teres... abrir um armário e ter um lençol pra trocar o paciente. (...) E as coisas boas é tu teres as coisas pra trabalhar, ter o material pra trabalhar, ter condições de trabalho.

Entrevista 12 - Enfermeira.

Na categoria "Os Recursos para Realizar o Trabalho", estão reunidas as descrições das percepções dos entrevistados, acerca dos recursos materiais e humanos que são oportunizados, pela organização hospitalar, para a realização do trabalho da enfermagem e suas implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, o fato de terem condições materiais para poder realizar o trabalho dá prazer. Receber o plantão com o ambiente "organizado", tudo andando perfeitamente, em condições de realizar o trabalho são percebidas como coisas prazerosas. Por outro lado, consideram que receber o plantão num ambiente

"desorganizado", sem condições adequadas de realizar o trabalho é percebido como uma situação desagradável, além de geradora de muita raiva e discussões. Salientam que a falta de condições é um "horror" e origem de sofrimento pois as carências de material básico e especializado dificultam a realização do trabalho. Por sua vez, a associação da falta de material com a falta de pessoal é considerada como "terrível".

Enfatizam que a insuficiência de pessoal é percebida como fonte de sofrimento, devido ao excesso de atividades que tem de ser compartilhado pelo pessoal disponível para trabalhar. Por outro lado, principalmente as enfermeiras, são de opinião que dispõem dos meios materiais, sem a necessidade de sua constante busca, mesmo com um menor número de funcionários, apesar de mais cansativo, possibilitaria a realização do trabalho com menor sofrimento.

Os entrevistados salientam que a precariedade dos meios de trabalho, especialmente a falta de determinados materiais, exige a adoção de uma postura "agressiva" e obstinada para sua obtenção. Conseguir o material depende, na opinião de muitas enfermeiras, da capacidade de argumentação, persistência e disponibilidade "em correr atrás" e buscar. Consideram a constante "batalha" por determinado material como um dos principais motivos de sofrimento no trabalho. A falta de material é tida como "horrível", originando desespero ao tentar e não conseguir aquilo de que necessitam. Muitas vezes, é difícil de conseguir porque "ninguém tem". Por outro lado, não conseguir o material pode ser interpretado como acomodação ou falta de interesse.

Segundo os entrevistados, a busca frenética por condições de poder realizar algum procedimento só cessa, após esgotadas todas as alternativas possíveis e imagináveis. Quando se torna possível realizá-lo, o cansaço, o estresse, a irritação e a fúria desencadeados pela situação e por terem sido extrapolados todos os limites de paciência concorrem para uma grande perda de motivação para a prestação do cuidado. Salientam

que sentimentos de muita raiva emergem porque há o desejo de ajudar e o desejo de fazer; há a consciência de que tem de ser feito e de que há necessidade do material e não tem, de que as pessoas (da administração, principalmente) não ajudam nem tentam consegui-lo, inviabilizando a realização do trabalho. Afirmam que a raiva desencadeada suplanta a vontade de realizar a tarefa, que acaba sendo feita mais por obrigação.

Por sua vez, a necessidade constante de ter que estar solicitando emprestado o material às outras unidades pode induzir a julgamentos desabonadores e atribuição de culpa às enfermeiras administrativas, tidas como as responsáveis por prover os meios de trabalho aos demais.

Na percepção dos entrevistados, a carência dos meios materiais é considerada uma coisa ruim e muito deprimente, chegando a ser "dolorosa" por interferir no andamento do serviço, conduzindo à perda de um tempo que poderia ser destinado à assistência. Enfatizam que dispor do material necessário possibilita realizar mais coisas, de forma mais bem feita e em menor tempo.

Quando o número de pessoal é insuficiente, apesar da maior diligência dos presentes, a não realização de todas as tarefas, geralmente, dá origem a reclamações do pessoal do turno seguinte, mesmo tendo sido feito o possível e, pelo menos, o essencial. Consideram como um "sacrifício" tentar deixar determinados materiais necessários para o pessoal que os sucedem, na continuidade dos cuidados.

Para os entrevistados, este desgaste constitui-se num grande sofrimento. Não tanto em decorrência do sofrimento físico, do desgaste profissional devido ao trabalho, mas pela falta de meios levando ao desgaste da pessoa. O trabalho, dessa forma, não exige só a parte profissional, principalmente, quando não oferece as condições de ser realizado. Exige o todo da pessoa.

Na percepção das enfermeiras, o sofrimento pela falta dos meios de realizar o trabalho também é compartilhado pela grande maioria dos auxiliares de enfermagem. Relatam que a precariedade das condições de trabalho pode levar à formação de estoques emergenciais nos diversos locais de trabalho, percebidos como forma de evitar sofrimentos futuros, na tentativa de garantir condições de poder realizar um possível futuro trabalho, relegando a solidariedade a um plano secundário.

Enfatizam que há a preocupação constante com as repercussões da falta de condições para realizar o trabalho entendido como o correto. A impossibilidade de realizá-lo corretamente causa sofrimento e impede sentimentos de realização profissional. Para os entrevistados, a precariedade e a falta de meios de trabalho e a impossibilidade de atender à demanda de assistência originam muito sofrimento.

A carência de recursos materiais, a começar pelas roupas de cama, inviabiliza, até mesmo, acomodar um paciente no leito. Por outro lado, a imagem de um Hospital Universitário produzida pela mídia e as características físicas externas do hospital, fazem alusão a uma realidade de recursos que inexistem no dia-a-dia de trabalho, gerando muita angústia, pois ter que "mostrar a verdadeira realidade" é considerado como um sofrimento.

Os entrevistados salientam que as dificuldades, decorrentes da falta de material ou equipamentos para realizar algum procedimento prescrito pelo médico, parecem não ser compartilhadas pelo mesmo, cuja preocupação aparenta ser com a realização da tarefa e não com a existência de condições e meios que a viabilizem. Relatam que, aparentemente, quando há a conscientização médica da falta de meios para realizar determinado procedimento, apesar de continuarem a prescrevê-lo, não mais o exigem, mas a angústia de não poder fazê-lo fica com a enfermagem que permanece mais próxima ao sofrimento do paciente. Embora não seja atribuída culpa (explícita) pela não realização

da tarefa prescrita, percebem a existência de uma cobrança velada, de forma bastante sutil. Para os entrevistados, predominantemente, a responsabilidade médica parece se esgotar no momento da prescrição, principalmente quando prescrevem procedimentos impossíveis de serem realizados, gerando sentimentos constrangedores. Muitas vezes, as soluções encontradas ocasionam o surgimento de outros problemas, com repercussões muito maiores e negativas sobre o andamento do serviço.

Principalmente para os auxiliares de enfermagem, e por colocarem-se na situação do paciente, a impossibilidade de realizar a tarefa, especialmente a administração de alguma medicação, por entenderem como o mais importante, é percebida como muito angustiante.

As enfermeiras relatam sentimentos de impotência, quando não dispõem de condições de atender às solicitações dos pacientes, especialmente, quando se constituem em condutas que deveriam ser adotadas com base na simples avaliação das condições dos mesmos. Por outro lado, referem sentimentos de tristeza, quando da impossibilidade de manterem a privacidade do paciente, associados à necessidade constante de "implorarem" por determinado material e sem obterem respostas da administração aos seus apelos. Em caso de urgência, a necessidade do uso de determinado aparelho e este não funcionar, a sua busca em outro setor e este, também, não funcionar e nada podendo fazer pelo paciente geram sentimentos de impotência e sofrimento.

Enfatizam que, além da falta de meios e da sua interferência na realização do trabalho, ainda há a cobrança pelo resultado, o que gera sofrimento, principalmente em situações críticas. Por sua vez, a insegurança quanto aos dados obtidos com o uso de aparelhos não confiáveis e as possíveis repercussões na integridade dos pacientes, geram sentimentos de apreensão e preocupação.

Relatam que, muitas vezes, instrumentos e equipamentos que facilitam e garantem maior segurança no atendimento de pacientes não podem ser utilizados ou só são utilizados em "casos extremos", pela falta ou exigüidade do material básico necessário ao seu funcionamento. Referem, também, angústia pela incerteza da continuidade de um tratamento que está dando bons resultados e o fato de saber da necessidade de mantê-lo origina constante preocupação e grande insegurança.

Há o relato de uma enfermeira que atribui a necessidade de seu afastamento, da área de atuação de sua preferência, ao estresse provocado pelas condições que lhe eram oportunizadas para realizar o trabalho. Segundo ela, as condições presentes dificultavam, ao máximo, a realização das tarefas, sobrepujando o prazer que tinha. A falta de pessoal, os mais experientes saindo, novos entrando e os remanescentes sendo sobrecarregados, contribuíram como causa de estresse.

Os entrevistados consideram como uma das partes ruins do trabalho a falta de apoio administrativo e mesmo dos demais profissionais da saúde que atuam no hospital, principalmente os médicos, para conseguir determinados aparelhos e instrumentos tidos como necessários à prevenção de iatrogenias.

Os entrevistados têm bem presente que a realidade não comporta altas sofisticções, mas têm expectativas de que, pelo menos, sejam oportunizados aqueles equipamentos e materiais básicos que permitam fazer, embora de forma menos sofisticada, um trabalho melhor. Por outro lado, consideram necessário canalizar as angústias advindas do contato com uma realidade apontada como melhor, quando da participação em eventos nos centros mais desenvolvidos, para a concretização de melhores condições de trabalho.

Relatam que, apesar de considerarem algo que não deveria ocorrer, a improvisação é um recurso de que, constantemente, se valem para viabilizar a realização

do trabalho, quando da escassez do material, para garantirem o funcionamento da unidade o mais próximo da normalidade. Referem que a necessidade de adaptações e improvisações conduzem a um "estresse tremendo" pelas situações conflitantes originadas, a partir da realização do trabalho com o material inadequado, gerando muita insegurança e sofrimento. Alguns percebem as adaptações e o "uso da criatividade", utilizados para economizar o escasso material disponível, como uma forma de viabilizar a realização do trabalho e argumentam ser melhor fazer poupando do que não fazer.

Percebem a falta do material como algo horrível e origem de um sentimento horrível de sofrimento, associado à necessidade de evitar o desperdício. Porém, verificam que, contraditoriamente, a falta de material adequado para a realização do trabalho, geralmente, conduz ao desperdício. Por outro lado, salientam que procedimentos necessários e importantes para os pacientes são inviabilizados, muitas vezes, pela simples falta de uma padronização dos equipamentos e acessórios.

Os entrevistados relatam sentimentos de "pânico e raiva" desencadeados quando da impossibilidade de realizar a tarefa prescrita pela total falta de material, inviabilizando, até, a possibilidade de adaptações e improvisações. Percebem a falta de estrutura para poder prestar um melhor atendimento como um problema sério, gerador de angústia diante da impotência, cuja solução não depende de si. A falta de material obriga a realizar o trabalho na base do improvisado e a escassez de material atrasa o andamento do serviço. Tais fatos angustiam e causam preocupação, conduzindo a um desgaste físico e mental, que consideram a parte negativa do trabalho.

Consideram a premência de recursos financeiros como um fator impeditivo a um atendimento mais qualificado. Concluem que o sofrimento advém de fatores que cerceiam a ação da enfermagem e que independem dela.

9 - AS PRIORIDADES NO TRABALHO

A criança precisa de assistência, falta roupa. Precisa... a criança está lá, tem que ser trocada, no caso, de duas em duas horas. O períneo está, assim, em péssimas condições, aí tem que (ficar) quatro ou cinco horas, às vezes, sem mudar. Por que? Não tem fralda, né? Então, eu acho assim, se tem que dizer pra mãe que não tem fralda, não tem lençóis e, aí? Aqui, é o hospital que eu penso que deveria ter, pelo menos, dessas coisas mais simples. Ter fraldas, lençóis... Não sei o porquê que falta esse material. Às vezes, eu não entendo!

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

Se eu te disser que o hospital não tem aparelho de gasometria. Nós temos quatro respiradores infantis. Tu sabes que pra botar uma criança num respirador tem que saber a pO₂, pCO₂, pH, aquela coisa toda. E daí? E o aparelho de gasometria? É o da Santa Casa que está mais estragado do que está... Então assim, a gente tem um ultrassom, um eletroencefalograma que veio não sei daonde, papapá, que era um consumo bárbaro e o aparelhinho de gasometria que é superimportante até pra... uma criança acaba, de repente, fazendo lesão cerebral por excesso de O₂. E, isso aí, a gente não tem. Por que? Porque eu acho que não tem realmente imposição da chefia médica, chefia de enfermagem... que eu acho que não é nem tão culpada por isso aí porque eu não meço padrões de oxigenação. Quem mexe são eles mas eu acho que os cuidados de enfermagem todos, de repente, ficam nulos perante a morte.

Entrevista 8 - Enfermeira.

Na categoria "As Prioridades no Trabalho", são reunidos os depoimentos dos entrevistados que apresentam como percebem as prioridades que a administração estabelece para o desenvolvimento do trabalho e os sentimentos que, a partir daí, se originam.

Os entrevistados percebem que a saúde financeira da instituição tem prioridade à saúde do paciente, sendo isto considerado como algo muito triste. Apesar do esforço dispendido, junto a quem tem o poder decisório, pelos mais variados motivos, não são

priorizados os aspectos apontados pela enfermagem, o que gera muita angústia. Apresentam-se perplexos diante da falta de materiais de necessidade óbvia, que inviabilizam a realização do trabalho da enfermagem e repercutem no tratamento e nas condições do paciente. Enfatizam que a prioridade de aquisição de aparelhos e instrumentos está calcada numa maior facilidade e precisão diagnósticas, em detrimento de maior precisão, facilidade e segurança no tratamento.

Por outro lado, algumas enfermeiras apontam, como alternativa, a necessidade para os profissionais da enfermagem de uma visão administrativa e o desenvolvimento de maior capacidade de argumentação para instrumentalizá-los pela luta por maior participação no estabelecimento das necessidades e prioridades. Justificam tal opinião com base na percepção de que o estabelecimento de prioridades têm ficado a cargo do administrador, que muitas vezes, não tem conhecimento da área hospitalar, associado à omissão dos enfermeiros numa participação mais efetiva.

Por sua vez, percebem a falta de recursos destinados ao aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem como um fator limitante ao desenvolvimento da profissão pois entendem que a sua qualificação traria melhoria para todos.

10 - AS DECISÕES DA ADMINISTRAÇÃO

Chegar pra ti e dizer: não tem e está acabado! Mas quem é que está com a criança, ali na frente, tri-mal? Sou eu! Eles não estão ali. Então, isso pra gente dói muito porque a gente fica sem saber o que dizer. Aí, tem os pais batendo na porta, né? querendo saber o que nós vamos fazer e a gente fica numa situação... (...) eu digo até que graças à Deus, parece que Deus está sempre olhando e a gente sempre dá um jeitinho. Mas é muito difícil.

Entrevista 1 - Enfermeira.

Quer dizer: enquanto esses pacientes (que só tem verificação dos sinais vitais e algum medicamento via oral) estão lá e que eu acho que podiam estar muito bem em casa, aí fora, tem mais pacientes que estão precisando baixar e não tem leito. Devia ser assim: o paciente está bem e tem medicação que ele possa fazer, em casa, vai pra casa. E quantas vezes... diz que o SPA está cheio de pacientes e são mandados... São obrigados a mandar pra casa porque, lá na Clínica (Médica) não tem leitos. Mas tem muita gente, aí, que está precisando de baixar e não tem condições.

Entrevista 5 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "As Decisões da Administração" foram agrupadas as informações, acerca da percepção que os entrevistados manifestaram, em relação a algumas decisões da administração que repercutem no sentimento de prazer e sofrimento no trabalho.

A sensação de impotência, frente a alguns posicionamentos da administração geral, e de não saber como proceder diante do decidido e sua aparente indiferença aos problemas relatados são percebidas, pelos entrevistados, como geradoras de sofrimento no trabalho. Atribuem o sofrimento no trabalho, também, em decorrência de incoerências administrativas que estabelecem normas de funcionamento do serviço e as quebram em determinadas situações, sem uma justificativa considerada plausível, o que conduz a sentimentos de indignação.

Relatam que a inexistência de uma estrutura para o atendimento de pacientes externos, para a realização de procedimentos ambulatoriais, interfere no funcionamento normal da unidade, principalmente da Clínica Médica, atrapalhando e tornando mais atarefados, ainda, os funcionários. Por outro lado, enfatizam que a prolongada permanência de pacientes que poderiam realizar o tratamento em casa, mas ocupam leitos necessários a pacientes mais necessitados, também é percebida como sofrimento.

Os entrevistados relatam que a decisão de não contratação de substitutos de férias ou folgas, implicando tal decisão em escassez de recursos humanos, impõe um ritmo de

trabalho mais intenso, na ocorrência destas situações, desencadeando sentimentos de sofrimento no trabalho, pelo aumento das exigências físicas e mentais.

Por outro lado, as enfermeiras salientam que ter de providenciar material gera muita incomodação, o que se traduz em sofrimento, especialmente, por não considerarem como uma função do enfermeiro e por considerarem algo que deveria ser previsto e executado por outros serviços. Os entrevistados percebem que é possível ter bastante prazer no trabalho e que ter mais prazer depende, em muito, das ações da direção.

11 - SENTIMENTOS DE CULPA

Ah! Eu fico meio impotente, assim, me sinto... culpada, não! porque a culpa não é minha. É de todo um sistema. Não sou só eu a culpada.

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

Em mim dá muita (culpa) porque assim... Claro, eu me culpo pelos outros porque eu sei que a culpa não é minha, porque eu estou fazendo o que eu posso, ali. Que não é pelo meu serviço que isto está acontecendo, pelo meu trabalho. É em função de outras coisas que eu não posso agir. Então a gente se sente muito presa, mas a gente não pode atuar onde queria. É impotente, muito impotente! (...) Acho que é uma das partes que mais provoca sofrimento na gente é isso. Quer dizer que tu não podes agir porque não te compete. Isso aí já é uma parte que não faz parte da gente. A enfermeira tem mania de ser perfeita. De fazer tudo e que tudo dê certo e não dá. A gente se culpa mas a culpa não é da gente.

Entrevista 1 - Enfermeira.

A categoria "Sentimentos de Culpa" reúne as percepções dos entrevistados acerca de sentimentos de culpa que se manifestam em relação ao trabalho, principalmente,

quando se vêem impossibilitados de exercerem, adequadamente, o que consideram ser sua atribuição.

Os entrevistados percebem a impossibilidade de agir como uma das coisas que mais provoca sofrimento, por não coincidir com a visão idealizada da profissão. As enfermeiras, principalmente, culpam-se pela sua impotência, frente à impossibilidade de realizar a tarefa por não disporem dos meios materiais e humanos, pela sua falta de autonomia e de poder decisório e por aqueles que, supostamente, poderiam decidir, apesar do reconhecimento da ausência de culpa. Percebem tal situação como de mal-estar e de fracasso profissional.

Salientam que, muitas vezes, a impossibilidade de realizar a tarefa leva à tomada de atitudes desesperadas, necessárias e inevitáveis mas que conduzem a sentimentos de indignação e culpa. Por outro lado, a consciência de ter realizado algo considerado errado pelos outros e por si, na tentativa de evitar o sofrimento decorrente da extrema angústia, também, são percebidos como sentimentos desencadeadores de culpa que sempre retornam.

Muitas vezes sentem-se culpados, em decorrência da internalização do sentimento de culpa que outros profissionais lhes atribuem, ao criticarem seu trabalho, indiferentes à falta de condições que impossibilitam a realização da tarefa, o que gera muito sofrimento.

Apesar de um dia cansativo, percebem como prazerosa a possibilidade de conseguir realizar tudo o que tinham para fazer e poderem ir para casa descansados, ou seja, sem sentimentos de culpa.

12 - FORMAS DE RESISTÊNCIA

Eu bato pé e digo que não vou (mudar para o turno da tarde)! Me trocam para outro lugar que eu não goste? Então, tudo bem, aceitei isso aí. Ah! sim, a gente fica assim, bah! fica arrasada porque é uma coisa que tu estavas gostando de trabalhar ali, né? Tu... e ela (alguém da coordenação) me faz aquilo. A gente fica sentida mas, depois, passa. Eu fiquei muito triste porque eu... Ela (funcionária nova, recém contratada) que tinha que passar pra tarde, no caso. Eu trabalhava, ali, de manhã. O problema foi com ela por que eu tinha que trocar se ela... Eu sempre gostei da manhã.

Entrevista 18 - Auxiliar de Enfermagem.

Tinha que transferir uma criança e nada da ambulância chegar! E, aí, eu fui atrás e o motorista não veio trabalhar e ninguém sabia do motorista. Então é tudo muito assim: ninguém sabia que o motorista não tinha vindo trabalhar. "Não tem quem dirija a ambulância!" Eu disse: não? Então, se o problema é dirigir, eu dirijo! Aí, conseguiram alguém. Mas tem que ser tudo assim, na briga, no grito, porque a direção é muito... Não sei se é a direção... É o sistema todo eu acho.

Entrevista 1 - Enfermeira.

Na categoria "Formas de Resistência", estão reunidas algumas maneiras percebidas como possíveis de enfrentamento ao poder instituído, para conseguir com que a direção apresente um comportamento, de acordo com o que o profissional considera adequado.

Muitas vezes, na tentativa de solucionar problemas aflitivos, apresentam atos de desespero, de enfrentamentos ou rebeldia, objetivando forçar a direção, aparentemente indiferente, a tomar uma atitude entendida como necessária.

Para evitar cumprir determinações superiores, porém, prevenindo retaliações ou atitudes punitivas, fundada numa forte justificativa, utilizam a tática de manterem-se ocupadas, no local de trabalho, sem estarem disponíveis para cobrir outros setores.

Apesar da existência de normas proibitivas ao repouso noturno, as pessoas do noturno adotam medidas para promover o descanso físico e, em plantões mais calmos, permitem-se breves cochiladas, com a preocupação de alguém manter-se em vigília.

Por outro lado, descartam o uso de alguma forma de resistência ao visualizarem a possibilidade de conseqüências vistas como desagradáveis. Nestes casos, adotam uma postura resignada, embora possam vir a se sentir arrasados, tristes e sentidos.

13 - A VISÃO IDEALIZADA DA ENFERMAGEM

Então, a gente sente aquilo um dia mas, depois, já vêm outras coisas dentro do hospital que já fazem desvanecer aquilo ali, mas é uma coisa que não é a ética profissional mas a gente é um ser humano e a gente sente.

Entrevista 2 - Auxiliar de Enfermagem.

Ah! eu sofro! Eu até chego a me esconder. Às vezes, tu sabes que eu choro? Então, eu não quero que vejam e não gosto, assim, que vejam porque, senão, vão dizer: Pomba! Que enfermeira, né? que o paciente morre e ela chora.

Entrevista 12 - Enfermeira.

Estudando pro concurso eu comecei a olhar o Código de Deontologia da Enfermagem: É dever da enfermeira o cuidado do paciente. É dever da enfermeira a educação do paciente. É dever da enfermeira a educação do funcionário. É dever da enfermeira a supervisão da unidade. É dever da enfermeira a administração disso. Eu comecei a ler

aquilo e digo: pelo amor de Deus! Nós não somos semideuses, tá? Semideus é que consegue fazer tudo isso. Nós não! Nós somos profissionais, nós trabalhamos. E como é que nós vamos fazer? Como é que podem esperar de um ser tudo isso? É impossível! É impossível! Eu acho que existe uma amplitude de coisas que não são humanas. Não são! Como é que querem que eu trate, que eu cure, que eu supervisione, que eu administre, que eu eduque? Tudo isso em seis horas de trabalho? Eu acho que é exigir um pouco demais das pessoas, sabe? A enfermeira é uma mãezona! Uma mãezona que tem que cuidar da cria toda. Não é, não é assim! Não é assim! A nossa profissão é um misto... um misto de profissão com... de profissional com doméstico. A gente administra uma unidade e administra uma família junto, sabe? Porque tu passas seis horas do teu dia com funcionários. Então é uma espécie de administração doméstica e formal. Eu... eu não sei me explicar, tá? Mas é uma coisa assim. Então, pra tu conseguires fazer isso, como manda o figurino, tem que ser supermulher. Tem que ser! Isso mesmo, além de tu seres a governanta, tu tens que... Como é que eu vou dizer? Não é só governar, tu tens também que agilizar, tu tens que mostrar, tu tens que fazer, também. Que é muito disso, né? Tu fazes muito! Na Clínica Médica, por exemplo, as gurias não estão ali só para mandar. As gurias estão ali para fazer e fazem muito, né? Não é fácil! Não é fácil! Eu acho que o que esperam da enfermagem... (...) Estes dias eu escutei uma conversa de um médico: Tem que botar uma enfermeira, ali, que anote, que não sei o que. Eles confundem. Eles confundem muito a imagem da enfermeira. Eles querem uma enfermeira que resolva todos os problemas. Eles querem uma enfermeira que resolva os problemas e que propicie o trabalho deles de uma forma perfeita, tá? E isso aí, não é fácil! Não é fácil! Por mais que a gente se desdobre, tem um momento que a coisa não funciona. Ai! E quando não funciona? Ai!, a gente não dá certo. A enfermagem não presta! Isso aí é uma coisa que dói muito. Isso é um motivo de insatisfação muito grande. Tu te desdobreres pra que a coisa ande e, na primeira falha: pum! A enfermagem não presta!

Entrevista 13 - Enfermeira.

Na categoria "A Visão Idealizada da Enfermagem", estão agrupadas as manifestações e percepções dos entrevistados acerca da profissão e de como os demais a percebem, bem como as expectativas em relação à enfermagem e a seus trabalhadores.

Na percepção dos entrevistados, especialmente dos auxiliares de enfermagem, o trabalho da enfermagem é considerado prazeroso, por ser um trabalho sublime, grandioso e lindo. Afirmam que, apesar de não ser valorizado como deveria, o prazer de trabalhar e poder realizar este trabalho recompensa todos os problemas. Consideram que, apesar das pessoas não avaliarem a importância do pessoal da enfermagem e da própria profissão, é um trabalho que enobrece e que dá identidade. Gostariam que muita coisa fosse diferente, na enfermagem, mas consideram que o amor e a dedicação ajudam a superar os problemas.

Na percepção das enfermeiras, a enfermagem se auto-impõe uma gama muito grande de obrigações e deveres que para poder cumprir seria necessário ter poderes sobre-humanos. No entanto, a idealização acerca do ser enfermeiro sucumbe à realidade de não deter poder para decidir.

Mostram-se conscientes de que as expectativas, em relação ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem, especialmente por parte dos médicos, ultrapassam as possibilidades e que, quando determinadas tarefas não são realizadas, a culpa pelo insucesso recai sobre o profissional, com atribuições de julgamentos pejorativos ao seu desempenho. Consideram tal fato, um motivo de muita insatisfação e muito sofrimento.

Para os entrevistados, a emotividade é uma característica vista como muito angustiante e que traz muito sofrimento, principalmente, pela noção de que dar mostras de sofrimento é anti-ético. Todo o esforço deve ser envidado para não deixar transparecer a tristeza, dissimulando todos os sentimentos considerados como de fraqueza, uma vez que para consolar, para poder ajudar é preciso ser forte.

14 - JORNADA DE TRABALHO X VOLUME DE TRABALHO

(...) eu só não gosto de plantão de doze horas. A maioria também não gosta. (...) mas o horário eu acho ótimo. Eu adoro o horário, principalmente esse horário que eu estou. Eu faço o horário das sete à uma, são seis horas de trabalho e eu gosto do meu horário.

Entrevista 2 - Auxiliar de Enfermagem.

(...) realmente é lamentável a gente ter que trabalhar no final de semana, ter que fazer plantão. Dá um sofrimento antes e sofrimento durante. O sofrimento maior, antes, no dia anterior ao plantão. Tu passas o tempo todo pensando: eu tenho que fazer plantão amanhã, eu tenho que fazer plantão amanhã. Depois que chega aqui e inicia o plantão, aí tu te absorves no trabalho e, depois, aí não é problema. Problema é o anterior.

Entrevista 6 - Enfermeira.

Na categoria "Jornada de Trabalho x Volume de Trabalho" estão agrupadas as afirmações e descrições das vivências dos entrevistados acerca dos horários de trabalho a que estão submetidos. Apresenta como percebem o tempo de que dispõem para a realização das tarefas e o volume de trabalho em relação a esse tempo, bem como suas repercussões na percepção de sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Os entrevistados do diurno apreciam a jornada de trabalho de seis horas diárias e não a percebem como problemática. Por outro lado, a jornada do trabalho noturno é percebida como mais problemática, tanto pelos entrevistados do noturno como pelos do diurno, por considerarem-na "mais puxada". Muitos dos trabalhadores do diurno referem "verdadeiro horror" de terem que vir a trabalhar à noite, por se julgarem sem condições de trabalhar nesse horário.

Os trabalhadores do noturno consideram que o horário em si, de doze horas contínuas é bom, apesar de cansativo e de, muitas vezes, não poderem nem parar para

fazer um intervalo para o lanche. Justificam o cansaço por serem os plantões em noites alternadas, o que não permite o descanso necessário à recomposição das energias dispendidas. Esta situação é complicada, muitas vezes, pela associação à necessidade de trabalharem em um outro emprego e à necessidade de realizarem o serviço doméstico. Salientam que o horário desenvolvido à noite equivale aos dois turnos do diurno, porém o trabalho é realizado por um menor número de pessoas o que percebem como algo "terrivelmente desgastante", por trabalharem muito, contrariamente ao senso comum de que o pessoal da noite "não faz nada". Consideram como ideal e compensador o regime de trabalho noturno de uma noite de trabalho por duas livres, mesmo com o ônus da aparente redução do pessoal, por permitir um maior e mais completo descanso.

Principalmente o turno da manhã é apreciado e considerado como "bem melhor", devido ao ritmo de trabalho, que dá a sensação de que o tempo passa mais rápido, diferentemente do turno da tarde, aparentemente "mais ocioso e parado". Destacam que a vida é estruturada em função do horário de trabalho sendo, em decorrência disso, a troca de turno percebida como algo indesejado, conduzindo a sentimentos de mágoa profunda e de aborrecimento, principalmente, quando imposta e num horário que não respeite as preferências individuais.

Os entrevistados, principalmente os do turno da manhã, por outro lado, percebem a jornada de trabalho como "curta" para poder realizar todo o trabalho tendo, às vezes, que partes do mesmo ficarem para o pessoal do turno que se sucede. Atribuem a ter que deixar o serviço incompleto, para quem está assumindo e sem estar tudo "organizado", como gerador de "grande mal-estar" e a sensação de um trabalho inacabado. Salientam que o tempo se torna exíguo, devido ao excesso de atividades que exige, muitas vezes, a permanência, além do horário, para poderem terminar alguma tarefa. Atribuem, também, a impossibilidade de concluir o trabalho às constantes solicitações dos médicos que tornam o andamento do serviço "ainda mais tumultuado e difícil". Relatam que o

cuidado, muitas vezes, não é realizado pela falta de tempo; outras pela falta de condições materiais, apesar do tempo gasto nas tentativas para alcançar as condições necessárias para sua realização.

Os entrevistados enfatizam que a inexistência de substitutos de folgas, férias e licenças exige dos funcionários remanescentes um trabalho muito mais intenso, gerando "muita correria e tumulto", complicado, ainda muito mais, quando da ocorrência de faltas ao trabalho. Consideram como causa de aborrecimento a impossibilidade de prestarem uma atenção diferenciada e completa, devido ao excessivo número de pacientes que ficam aos cuidados de cada um.

A maioria dos entrevistados lamenta ter de trabalhar aos finais de semana. Consideram isso como um duplo sofrimento, sentido antes e durante a realização dos plantões. Relatam perceber um sofrimento muito maior no dia anterior ao próprio plantão. Trabalhar aos finais de semana é tido como algo inevitável e inerente às características de continuidade do trabalho da enfermagem. Mesmo assim, alguns consideram tal fato como "detestável". Para outros, permanecer doze horas consecutivas, dentro do hospital, em qualquer situação, é percebido como "algo horrível e muito desgastante e cansativo". Salientam que a proximidade de um plantão de doze horas é percebida como "apavorante" e complementam afirmando que isso conduz a um sofrimento, por antecipação, por terem de cumprir uma jornada de trabalho para a qual não se sentem preparados, cujo comparecimento se dá mais por obrigação do que por vontade própria. Enfatizam que tal situação se constitui em problema tanto para si como para o paciente, para os colegas e para a própria unidade, em decorrência da angústia. Na opinião dos entrevistados, trabalhar aos domingos descontrola a vida pessoal, conduzindo à necessidade de consultar à escala para programar as atividades, junto à família.

Na opinião das enfermeiras, no início da carreira, os plantões aos finais de semana ou feriados eram melhor tolerados, devido à maioria não ter, ainda, constituído a própria família, que requer maior disponibilidade e reclama mais atenção. Por outro lado, salientam que a motivação para o trabalho, com o passar dos anos, foi esmorecendo e os plantões, percebidos como mais leves, no início da carreira, originam um sofrimento maior pela sensação de "estar preso e trancafiado", dentro do hospital. A alternativa de almoçar em casa e retornar ao trabalho é apresentada como capaz de tornar a situação mais tolerável.

Há aqueles ainda que, apesar de não gostarem de trabalhar doze horas aos domingos, vêem na possibilidade de folga, durante a semana, a oportunidade de não se sentirem "presos" ao hospital e poderem concretizar outras atividades da vida privada que só podem ser realizadas em dias úteis. A preferência de alguns pelo plantão aos domingos, principalmente do grupo dos auxiliares de enfermagem, é justificada pela possibilidade de vir a ser um plantão calmo e de não originar cansaço. Relatam, também, uma certa preferência em trabalhar aos domingos devido à jornada de doze horas que oportuniza mais tempo para realizarem os cuidados, para conversarem com os colegas, de comerem juntos "como numa festa", o que em dias de semana é percebido como impossível.

Por outro lado, há uma diversidade de escalas de serviço nas diversas unidades, em decorrência da maior ou menor possibilidade em termos de pessoal, o que torna inviável a desejada uniformização da escala para todas as unidades e para todos os funcionários.

As enfermeiras relatam que os plantões aos sábados são melhor tolerados mas, aos domingos, pela inexistência de folga, no dia seguinte, é visto como desgastante e cansativo. A possibilidade de folga, após um plantão de doze horas, é percebida como

condição necessária para permitir o transcurso normal do trabalho, nos demais dias da semana. Para as enfermeiras, o regime adotado de não permitir folgar, no dia seguinte ao plantão de doze horas, é considerado como mais um agravante no sentimento de sofrimento no trabalho. Por outro lado, enfatizam que comprometer um domingo, ficarem "presos" dentro do hospital mas percebendo um salário que oportunizasse atividades de lazer, nos fins de semana livres, seria compensador. Um salário baixo que inviabiliza atividades de lazer, torna ainda menor a motivação para realizar plantões aos domingos, tornando-os mais cansativos ainda.

Apesar do consenso de que a jornada de trabalho de seis horas, inclusive para os plantões de fim de semana ou feriados, seja percebida como ideal, a grande maioria prefere trabalhar doze horas contínuas, comprometendo, dessa forma, menos finais de semana, com menores implicações na vida pessoal, familiar e no lazer. Para alguns, a possibilidade de trabalharem somente seis horas compensaria o comprometimento de um número maior de fins de semana, mesmo implicando a inexistência de folgas, durante os dias úteis.

15 - O TRABALHO COLETIVO

Então, é uma coisa gratificante também de saber que toda a equipe conta contigo pra que, naquela hora, entendeste? grita o nome da enfermeira pra ela, ali, auxiliar a fazer os procedimentos, orientar, organizar toda a assistência prestada. Então, eu acho essa parte uma das partes que eu mais gosto. O trabalho em si, aquela coisa que seja o cão aqui, mas ele foi uma das coisas mais importantes pra reanimação.

Entrevista 8 - Enfermeira.

Que médicos mal-educados, né? Tem uns que são educados, tem outros que são mal-educados. É aquela falta de educação. Não é assim de

maltratar o... o funcionário. É numa parada (cardíaca) que eles enlouquecem, né? E cada um grita uma coisa... já nem entro (no quarto) quando... Quando tem uma parada, aquilo lá enlouquece. Às vezes, ficavam quatro ou cinco médicos, no quarto, assim, à volta do paciente. Cada um queria uma coisa que deixava o funcionário bem tantã. (...) Porque era um pavor! Enlouquecia os funcionários, enlouquecia as enfermeiras, só não enlouquecia o paciente porque ele estava, ali, inconsciente mesmo.

Entrevista 5 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "O Trabalho Coletivo", estão reunidas as informações acerca de como os entrevistados percebem o fato de desenvolverem um trabalho coletivo, não só com integrantes da equipe de enfermagem mas com os demais profissionais que atuam no hospital, e as implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, trabalhar junto com outros, amistosamente, sem problemas de relacionamento, no local de trabalho, é percebido como prazeroso. A troca de experiências e conhecimentos entre os membros da equipe de saúde é percebida como algo bom, ajudando no prazer. Sugestões acerca de determinado procedimento, quando acatadas, são motivo de alegria.

Salientam que a consciência das limitações profissionais e humanas e a visão de serem apenas instrumento ressaltam a necessidade do trabalho conjunto. O êxito do trabalho em equipe é percebido como gratificante pois, apesar das diferenças de formação, todos têm necessidade do trabalho do outro, por se tratar de um trabalho coletivo.

Os entrevistados têm consciência da importância do trabalho da enfermagem para concretizar os atos prescritos pelo médico e que o resultado do trabalho depende do grupo. Se o grupo não trabalhar bem, o resultado não será bom.

As enfermeiras, especialmente, percebem como causa de sofrimento o fato de terem que recorrer a outros profissionais para conseguirem realizar o trabalho como acreditam que deve ser e de não obterem um retorno às suas solicitações. Tal frustração agrava-se pela idealização acerca do hospital como um hospital universitário. Apontam como causa de sofrimento as frustrações com as tentativas de racionalizar o andamento do serviço, como quando outros setores estabelecem regras ou adotam decisões que dificultam e tornam, muitas vezes, impossível a realização das tarefas assistenciais. Relatam a adoção de "trocas de gentilezas" com vistas à obtenção de "privilégios", a título de colaboração com o serviço que, quando não surtem o efeito esperado, o que não é incomum, originam sofrimento.

Principalmente os auxiliares de enfermagem percebem, na atuação médica, a falta de colaboração na organização do trabalho e do ambiente. A conduta de residentes e estagiários tem repercussões no funcionamento do serviço o que, não raro, inviabiliza a realização de algumas tarefas. A aparente inexistência de normas de conduta médica ou a inobservância às normas do serviço, pelos estagiários e residentes, contribuem para a desorganização do ambiente, dificultando a realização do trabalho, com repercussões negativas no trabalho da enfermagem. Salientam que a desorganização do trabalho médico contribui para a carência de condições para realizar um trabalho completo. Por este ângulo, percebem o trabalho coletivo como difícil, havendo a necessidade de certas concessões para viabilizá-lo porque todos são responsáveis pelo resultado. Na percepção de alguns, apesar do exposto, o grupo sempre tem conseguido se manter bem, resolvendo os problemas geradores de atrito.

Especialmente na percepção dos auxiliares de enfermagem, a falta de uma postura "mais educada" por parte dos médicos, principalmente em situações de urgência, solicitando coisas ao mesmo tempo e aos gritos, além de gerar um clima de

intranqüilidade, gera pavor. Em situações de extremo estresse, como numa parada cardíaca, percebem que os médicos, na maioria das vezes, adotam posturas consideradas desrespeitosas.

Os entrevistados, principalmente as enfermeiras, enfatizam que a enfermagem se auto-impõe uma série de atribuições em relação ao paciente, aos seus direitos, ao seu estado, por valorizar estes aspectos mas, em contrapartida, não vislumbram este mesmo nível de exigências por parte de outros profissionais, o que percebem como causa de sofrimento. Esse relaxamento, em relação aos aspectos humanos, de responsabilidade e da ética, para com o paciente é percebido como uma coisa que incomoda bastante. Percebem, muitas vezes, que o paciente é tratado como objeto de trabalho pelos residentes, principalmente ao não demonstrarem respeito para com sua individualidade e direitos. Relatam que, não raro, ocorrem animosidades, em decorrência das cobranças resultantes da percepção de negligência médica, em relação ao paciente, desencadeando sentimentos de angústia. Apesar disto, afirmam não haver problemas de relacionamento com os médicos.

Os entrevistados relatam que percebem como geradora de grande angústia a postura adotada pelos novos residentes, por vezes arrogantes e auto-suficientes, pretensamente possuidores de um saber socialmente mais valorizado e que os autoriza a atitudes de mando, e o menosprezo que demonstram pelo saber da enfermagem, socialmente menos valorizado, apesar da experiência profissional de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Salientam que a consciência da importância do trabalho da enfermagem permite lidar satisfatoriamente com tais atitudes. Complementam que o sofrimento não decorre tanto do não reconhecimento de sua capacidade e experiência, mas pelo desrespeito à pessoa do paciente.

Especialmente as enfermeiras enfatizam que, ao longo dos anos, muitas dificuldades foram sendo superadas, como o desrespeito e o desconhecimento do trabalho do enfermeiro, por parte dos demais, assim como a sua falta de habilidade suficiente para argumentar e apontar soluções. Consideram que a falta de um maior embasamento teórico, em determinadas disciplinas, reduz a capacidade de argumentação dos enfermeiros, embora detenham um maior embasamento técnico e maior fundamentação do cuidado, obtidos pela experiência. Por outro lado, salientam que, apesar dos médicos terem um embasamento teórico maior em disciplinas específicas, não detêm os fundamentos dos cuidados, sendo percebidos como displicentes em relação às técnicas do cuidado, motivando brigas contínuas e cansativas, sendo isso motivo de desgosto e, continuamente, gerador de conflitos. Consideram que os conflitos se evidenciam, por um lado, em decorrência de maior valorização social do saber médico, em detrimento do saber da enfermagem, e, por outro, apontam a falta de um aprimoramento constante, após a conclusão do curso, tanto dos enfermeiros quanto dos auxiliares de enfermagem. Porém, inclusive os auxiliares de enfermagem, percebem ser possível questionar o saber do médico, acerca da propriedade de determinado item prescrito, com base em seus conhecimentos, vivências e experiências. Independentemente do médico gostar ou não, aceitar ou não, ser experiente ou não, sentem-se no dever e com direitos de questionar, acerca de determinada prescrição, quando em dúvida ou por entenderem ser incorreta.

Os entrevistados acreditam que o hospital universitário possibilitou a mudança de imagem do enfermeiro. Argumentam que, anteriormente, havia maior indefinição do papel do enfermeiro e desconhecimento e desrespeito pelo profissional. A evolução e mudanças ocorridas, na última década, oportunizaram ao enfermeiro ser conhecido pela comunidade e de todos saberem da existência de um órgão de classe que determina a presença desse profissional nos hospitais. A aceitação do enfermeiro, pelos médicos,

melhorando o convívio, é percebida como algo que ajuda na união e fortalecimento da classe para lutar por conquistas sociais.

Na opinião das enfermeiras, a enfermagem tomou a si a responsabilidade de organizar o ambiente de trabalho para os demais profissionais, tarefa essa muitas vezes impossível e sem reconhecimento. Consideram a característica de estar sempre em busca de soluções aos problemas como um defeito da profissão. Relatam que sentimentos de profundo desgosto também se manifestam devido ao desvio de função, frequentemente assumido, para possibilitar o andamento do trabalho, ao exercerem funções de competência de outros profissionais, colocando obstáculos à realização do próprio trabalho. Ser cobrado por coisas que não competem apenas à enfermagem, ter que brigar por coisas que não são de sua alçada, consumindo o tempo ao assumir coisas que são atribuição de outros setores, geram, na opinião das enfermeiras, muito sofrimento.

Para reduzir o sofrimento e a sensação de angústia, especialmente as enfermeiras, relatam serem feitas tentativas de compartilhar os problemas com outros profissionais, na esperança de soluções, mas percebem que, nem sempre, o envolvimento dos demais se dá como o necessário.

Para os entrevistados há sofrimento, no caso de urgências, porque há muita cobrança, por parte dos médicos, acerca da falta de material. Por sua vez, as enfermeiras salientam que, para evitar a responsabilização por falhas, há uma constante preocupação e empenho com a manutenção do material necessário, para atender uma urgência e salvar uma vida e que, no caso de alguma falha, a mesma possa ser compartilhada pela equipe médica, também. Muitas vezes, podem ocorrer falhas, por falta de destreza, mas verbalizam não terem sentimentos de culpa devido à omissão ou negligência.

Os entrevistados consideram que a inexistência de recursos sofisticados não os autoriza a não prestarem a assistência. Afirmam ser preferível tentar alguma coisa a não

fazer nada, o que, associada à força de todos em querer, consideram a parte boa do trabalho em equipe. É preciso agir, mesmo que possam ocorrer incidentes. Consideram esse trabalho em equipe e seu resultado positivo como gratificante. Para alguns, evocar auxílio divino ou dos santos é percebido como algo que torna as coisas mais agradáveis.

As enfermeiras percebem que, para terem a confiança do grupo e sentirem-se mais seguras, é necessário o exercício, a prática, pois são de opinião que a segurança no trabalho decorre do fazer. Relatam que a confiança dos demais em sua atuação, assim como a certeza da importância do trabalho realizado são percebidos como gratificantes, sendo muito apreciados. Por sua vez, os auxiliares de enfermagem relatam sentir-se bem em trabalhar com quem sabe.

Para os entrevistados, decisões e atos isolados, não compartilhados com o grupo são considerados terríveis e geradores de angústia e de sentimentos de impotência. Como, no caso, da suspensão de cirurgias, por saberem das dificuldades enfrentadas pelo paciente para marcá-la e do estresse a que ficou submetido. A angústia também se manifesta em decorrência do médico não se envolver, previamente, com as questões que dizem respeito às condições para realizar o ato cirúrgico, suspendendo-o, somente, no momento de sua realização.

Por outro lado, os entrevistados também percebem como horrível, arrasadora e causadora de aborrecimentos, a falta de presteza ou protelação de um atendimento médico que pode levar a conseqüências desagradáveis ou, até mesmo, à morte, principalmente, quando prevenível.

As enfermeiras administrativas, principalmente, percebem o trabalho de conscientização de todos sobre a necessidade de seguir às rotinas e técnicas como uma coisa desgastante. Salientam que há necessidade de cobrança contínua das rotinas instituídas, pelo risco de caírem no esquecimento. Entendem que a cobrança leva à rotina

e a rotina só se mantém porque tem cobrança contínua e se não for contínua "cai" no esquecimento. O esquecimento ou indiferença frente às determinações, obrigando a serem constantemente cobradas as mesmas coisas é considerado cansativo, constituindo-se no maior problema e motivo de desgosto, na área. Enfatizam, porém, que essa cobrança contínua é mais contínua com o pessoal de enfermagem. Essa eterna e contínua cobrança, tentando estimular o grupo e colegas mais "acomodados", é considerada como algo ruim e uma tarefa que não agrada.

As enfermeiras administrativas consideram as diferenças de conduta como impedimentos à definição de uma mesma maneira de agir, o que é percebido como geradoras de sofrimento. Percebem a falta de uma coesão maior e uma linha de pensamento comum, por parte das enfermeiras, como coisas que têm incomodado bastante e originado muito sofrimento. Salientam que os problemas de ordem técnica são conduzidos com base nas rotinas, porém, para lidar com os problemas humanos ressentem-se de um maior preparo, sendo o manejo do pessoal mais intuitivo. Por outro lado, as atitudes adotadas podem ser percebidas, pela coordenação de enfermagem, como incapacidade de conduzir o grupo. Em contrapartida, podem essas mesmas atitudes ser percebidas, pelo grupo, como uma forma de auto-promoção. Consideram essa como a pior parte do trabalho que realizam e a de que menos gostam. Uma enfermeira administrativa justifica sua continuidade em cargo de chefia, talvez, pela falta de opção da coordenação ou porque considerem bom o trabalho que realiza mas afirma que gostaria de ser uma enfermeira "normal" para, simplesmente, realizar seus plantões. Considera o grupo de enfermeiras e auxiliares de enfermagem pouco participativo, ao não propor mudanças, sendo as alterações de procedimentos ou rotinas sempre propostos pela própria chefia. Percebe como algo cansativo e ruim a falta de colaboração e o aparente desinteresse ou costume do grupo de ser mandado, não havendo qualquer negação à proposta, sendo tranqüilamente realizada, desde que constantemente cobrada.

16 - CRÍTICAS E COMENTÁRIOS AO TRABALHO REALIZADO

Tu vais, tu fazes o melhor que tu podes pra um paciente, né? Assim: tu mudas de decúbito, tu procuras fazer um curativo bem feito e chega uma pessoa e, assim, tipo médico, né? estagiário, doutorando e diz que aquilo não está legal, não está de acordo, mas não procura nem conversar pra saber como foi feito.

Entrevista 16 - Auxiliar de Enfermagem.

Um desânimo muito grande porque, até no começo, a gente tentava colocar o porquê das coisas, o porquê de uma assistência precária, o porquê de um paciente mal assistido, na Clínica Médica. O porquê de uma Clínica Médica que todo o mundo diz que não anda e que, na verdade, não é tão assim, né? Até funciona, dentro das condições que tem. Funciona e, no começo, a gente até tentou argumentar. Mas eu acho que a gente já ficou tão desiludida, assim, tão cansada, tão desgostosa, assim, tão sem prazer... (...) Eu não vejo só como eu enfermeira, né? Mas o grupo de enfermeiras do hospital universitário eu acho que está desestimulado, né? Que a crítica já passou a fazer parte, assim, do teu dia a dia, né? Então, tu ouves aquilo e... Até há um tempo atrás, a gente tentava argumentar e explicar o porquê mas a gente viu que aquilo não adianta. Então, tu te desgastas mais ainda em ficar tentando explicar e tu perdes o teu tempo em ficar, ali, explicando e argumentando, sem que isso seja proveitoso, né? Então, a gente, agora, acho que mais ouve e...

Entrevista 9 - Enfermeira.

A categoria "Críticas e Comentários ao Trabalho Realizado" reúne as descrições de situações vivenciadas, no ambiente de trabalho, e as percepções dos entrevistados acerca das críticas e comentários feitos ao trabalho que realizam e dos sentimentos que originam.

Para os entrevistados, as condições de trabalho, o desgaste e o sofrimento das pessoas, a dinâmica de trabalho, o número de pacientes internados e demais aspectos parecem não ser considerados, quando da emissão de julgamentos que se referem ao

trabalho que realizam. Percebem que as críticas são feitas, em relação ao resultado do trabalho, sem serem consideradas as condições que contribuíram para a obtenção desse resultado.

Acreditam que o resultado do trabalho não corresponda ao volume de trabalho realizado, que é grande e não permite pensar em melhorias, complicado pela falta dos meios e demais condições relacionadas a outros serviços profissionais que afastam, principalmente, o enfermeiro das atividades mais nobres da profissão.

Enfatizam que uma visão simplista pode atribuir ao salário a falta de realização de um trabalho de melhor qualidade porém, a qualidade não depende apenas da vontade de querer realizá-lo melhor. Saliendam que são feitas cobranças de maior atualização e aperfeiçoamento para obter melhorias na assistência, mas o baixo salário e a falta de auxílio não permitem condições para que isso ocorra.

Relatam que a eterna preocupação com as reclamações e cobranças feitas pelo próprios elementos da equipe de enfermagem, dos diversos turnos, obriga a adoção de atitudes de, constantemente retornarem uma última vez às enfermarias, antes de saírem, para certificarem-se de que não ficaram coisa pendentes para o turno que está entrando. Afirmam que para deixar de fazer alguma coisa, só quando é impossível, até mesmo, improvisar. Mesmo assim, quando isso acontece, há muita reclamação e cobrança do pessoal do turno que está assumindo, apesar de muitas vezes, o turno anterior já tivesse deixado de fazer outras coisas. Referem que as reclamações e julgamentos desabonadores são emitidos porque os que estão entrando, na maioria das vezes, consideram as impossibilidades como displicência, atribuindo culpa a quem está saindo. Saliendam que tais reclamações e julgamentos emitidos, acerca do trabalho, aborrecem e desgastam bastante e evidenciam uma incapacidade de se colocarem no lugar do outro e de perceberem as dificuldades que o outro tem de enfrentar para poder realizar o trabalho,

que também são por eles vivenciadas. Em relação a este aspecto, o pessoal do noturno aponta que, apesar da realização do essencial e das justificativas, há sempre reclamações, principalmente, em decorrência do senso comum de que o pessoal do noturno dorme e não trabalha ou porque é mais fácil porque tem mais tempo.

As enfermeiras se percebem como um grupo desestimulado, em decorrência das críticas. Atribuem o desânimo muito grande, os sentimentos de desilusão, o cansaço, o desgosto e o trabalho tão sem prazer às atitudes da coordenação, por perceberem a inutilidade das tentativas de argumentação e explicações, em relação ao resultado do trabalho. Por outro lado, percebem os comentários jocosos feitos por membros da direção como indicativo do pouco reconhecimento pelo trabalho que realizam, derivando de tal percepção sentimentos e atitudes hostis.

Algumas enfermeiras atribuem a desilusão com a profissão e, até mesmo, os casos de desistência e abandono à falta de motivação e forças para lidar com atos de desprestígio bastante comuns. Exemplificam tal percepção relatando a ocorrência de comentários depreciativos e de deboche, por parte de alunos, futuros médicos, que confundem o cuidado com a aparência e postura dos alunos de enfermagem como tentativas de diferenciação dos demais elementos da equipe de enfermagem.

Para os entrevistados, críticas depreciativas ao trabalho são realizadas pelos médicos, sem uma avaliação mais detalhada da situação, sendo percebidas como falta de reconhecimento pelo trabalho e esforço dispendido para atender aos pacientes. Tais julgamentos desabonadores, muitas vezes, induzidos pelos dados incorretos obtidos com a utilização de aparelhos e instrumentos defeituosos e em condições pouco confiáveis de uso, ou a falta de meios necessários para realizar os procedimentos, geram sentimentos de profunda mágoa.

Consideram que, apesar de, aparentemente, muitos dos problemas serem compartilhados pelos médicos, estes sempre solicitam melhores condições de trabalho, o que soa como críticas à atuação do enfermeiro ou da equipe, em decorrência da aparente indecisão da direção em solucioná-los. Percebem também que, geralmente, a culpa pelo insucesso das ações é atribuída à enfermagem.

17 - A POSTURA ADMINISTRATIVA DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Está tudo muito assim, oh! Todo mundo manda. Por exemplo: se eu tenho um problema, eu posso reclamar pra duas chefes de enfermagem que eu tenho, eu posso reclamar pro chefe de manutenção, eu posso reclamar pro diretor do hospital. Eu posso, em média, assim... Eu posso fazer a mesma queixa pra várias pessoas e que ninguém resolve. Então, isso dá muito sofrimento, assim, porque tu não resolves. (...) Todo mundo manda e ninguém resolve. Isso é muito sofrimento!

Entrevista 1 - Enfermeira.

A coordenadora só aparece por cima. Muita gente, lá (no hospital), sabe que a coordenadora é a chefe de enfermagem do hospital mas nunca teve um diálogo com ela. Quando fala com ela, parece que fala com Deus. Ah! Meu Deus, aí vem Deus! Eu estou com medo!. Não! é uma pessoa igual a mim. Tenha o cargo que tiver é uma pessoa igual a mim. (...) a gente não conhece quem é quem.

Entrevista 2 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "A Postura Administrativa dos Órgãos de Direção" reúne as informações acerca de como os entrevistados percebem a atuação da Direção, em geral, e da Coordenação de Enfermagem, em particular. Apresenta relatos de como encaram as determinações emanadas desses escalões hierárquicos e de como percebem a atenção que estes dedicam às suas reivindicações e da repercussão de tais fatos nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Os entrevistados percebem ser possível reclamar da existência de problemas a diversas pessoas. Por outro lado, há o entendimento de que "todo mundo manda mas ninguém resolve". Esse aparente descaso e desconsideração às solicitações feitas para a resolução de problemas são apontados como origem de muito sofrimento no trabalho. As enfermeiras, especialmente, referem que a preocupação contínua, não compartilhada por aqueles que julgam que deveriam se preocupar, e a impotência frente às dificuldades que a enfermagem tem de enfrentar, diuturnamente, conduzem a constantes e diferentes maneiras de pressionar, para que sejam dadas, pela administração, soluções aos problemas.

Os entrevistados relatam que a noção, sempre presente, de ser apenas um empregado não os impede de dizer as coisas de que precisam para realizar o trabalho mas impede de dizer as coisas que pensam. Salientam que a aparente aceitação da livre manifestação de idéias, por outro lado, não impede sentimentos de medo de demissão. Há a certeza, cada vez maior, de que dizer o que pensam nem sempre é bem recebido na organização podendo, muitas vezes, ser encarado como "desejos de mudanças" ou de "pegar o lugar" e não como uma preocupação em realizar um trabalho melhor. Falar o menos possível e trabalhar mais são apontadas como formas adotadas para "sobreviver no trabalho", para "não sofrer represálias nem insinuações" pois acreditam que, como em qualquer instituição, isso possa acontecer. Percebem que, enquanto a enfermagem se mantiver reivindicando coisas para o bem do paciente, será tolerada. Entretanto, mostram-se seguros de que o tratamento será diferente, caso reivindicarem para si conquistas sociais e direitos. Apesar da legislação vigente e da evolução que ocorreu na profissão, as atitudes de alguns membros da direção dão mostras da persistência de uma "mentalidade arcaica" acerca do enfermeiro e de sua função, dentro da organização.

Os entrevistados relatam ser difícil trabalhar no começo de cada nova gestão porque "as coisas apresentam-se mais impositivas e autocráticas", em decorrência das

grandes reformas que só os membros da direção "querem e podem" realizar. Consideram que a atual gestão tem se constituído em dificuldades e gênese de muito sofrimento, ao não possibilitar maior participação do conjunto dos funcionários nas deliberações. Salientam sentirem-se limitados dentro de uma hierarquia, onde há uma chefia para a qual não pode ser dito o que se pensa e, não raro, nem o que se quer ou se necessita. Por outro lado, há o sentimento de impotência, frente à percepção de uma ação que é limitada.

As enfermeiras, principalmente, consideram que "a enfermagem do HU está muito sofrida", não apenas pelo que vive agora, mas pelo o que viveu e que desgastou o grupo, especialmente, "aquele ser enfermeiro que tinha muita garra, muita motivação para mudanças e para o trabalho". Atribuem a desmotivação, o cansaço e o desânimo à falta de incentivo e reconhecimento e ao sentimento de castração que desgostam o grupo, inviabilizando mudanças. Relatam que o pessoal novo, cheio de idéias inovadoras e desejosos de colocar em prática seus conhecimentos, tem suas expectativas frustradas. Esse sentimento de castração desgasta o grupo, pela impossibilidade de colocá-los em prática. Enfatizam que este desgaste das pessoas pode ser observado pela aparência física que se modifica com o tempo: cabisbaixas, sem muita motivação e sem "aquela energia", o que percebem como algo que "faz muito mal". Salientam que a sujeição a um processo de castração, que impõe limites, especialmente à atuação do enfermeiro, é percebido como uma das causas do comportamento atual. Por outro lado, a constatação de não serem o que gostariam de ser e de não terem o espaço que necessitariam de ter, associados ao descrédito, que acreditam não se restrinja, apenas, aos médicos e direção geral mas à própria coordenação de enfermagem, evidenciado pelas atitudes tomadas que deixam transparecer esse tipo de sentimento, são motivos de muito sofrimento no trabalho. Salientam que, não raro, seguir às normas estabelecidas pela administração gera situações constrangedoras, passíveis de punições, conduzindo a um sofrimento intenso.

Os entrevistados referem que as decisões emanam da coordenação de enfermagem, sem a prévia participação do grupo. Percebem o acesso à decisão ser limitado e as opiniões parecem ser, apenas, toleradas mas não consideradas. Relatam que houve épocas em que havia possibilidades de um acesso mais fácil à coordenação, de um contato mais prolongado e de expressar opiniões que eram levadas em consideração na tomada de decisão, sendo percebidas como algo muito bom. Salientam que o grupo não manteve as conquistas deste espaço de expressão e participação políticas, enfraquecendo-se e sujeitando-se, novamente, às coisas impostas.

A falta de eco aos apelos, percebido como descaso para com os problemas sentidos pelos escalões inferiores, e a obrigatoriedade de terem que realizar o trabalho, mesmo sem serem oportunizadas as condições ou oportunizadas, somente, após muita insistência, conduzem a sentimentos de indignação, sendo percebidos como prováveis motivos do afastamento do grupo, em relação à coordenação.

Fazem alusão às chefias que passavam a sensação de preocupação com as condições e organização do trabalho para favorecer a execução das tarefas, sentindo-se protegidos e seguros. Por sua vez, principalmente os auxiliares de enfermagem relatam que o distanciamento da coordenação e o medo que a postura adotada desencadeia em alguns, ao perceberem, na figura do coordenador, alguém detentor de poderes sobre-humanos, torna praticamente impossível qualquer tentativa de aproximação.

Os entrevistados atribuem à falta de vínculos, decorrente da forma do tratamento dispensado pela coordenação, os movimentos de resistência às suas determinações que se expressam por meio de reclamações, comentários velados, rejeição e recusa em cumpri-las, por entenderem ser resultado de ações isoladas e sem interação com o grupo.

Os entrevistados do noturno, especialmente, declaram perceber como discriminatório o tratamento que recebem, pois alegam que a coordenação não se faz

presente, à noite, para saber dos problemas vivenciados. Por sua vez, percebem a implantação da Supervisão Noturna como "uma coisa horrível", reponsável pela piora do serviço e originando rivalidades e tratamentos desiguais, principalmente quando vêem, no exercício desta função, alguém que gosta de "mexericos" e de realizar comentários depreciativos, acerca de terceiros. Enfatizam que a coordenação não tem o contato que consideram que deveria ter para ver o andamento do serviço, prevenindo, dessa forma, a emissão de julgamentos, com base, apenas, em maledicências. Para os entrevistados, atitudes geradoras de muita mágoa são tomadas pela coordenação, com base numa única versão, sem dar oportunidade de defesa ou promover o confronto dos envolvidos. Atos punitivos são determinados sem uma avaliação mais apurada dos fatos. Por sua vez, salientam que críticas são feitas ao desempenho do funcionário, sem considerar as possíveis causas para a não realização de determinada tarefa, aflorando sentimentos de mágoa, pela falta de consideração pelo trabalho desenvolvido.

A adoção de uma postura autocrática e ameaçadora, por parte da coordenação, percebida como uma afronta à dignidade e a integridade moral dos subalternos, gera sentimentos de intenso sofrimento no trabalho. Percebem que uma postura submissa do trabalhador é esperada e, até, apreciada dando origem a sentimentos de resignação e de impotência, pela necessidade de manter o emprego. Muitos relatam que, além do sofrimento, emergem sentimentos de muita raiva, por se sentirem fragilizados, em sua condição subalterna, e pela impossibilidade que vislumbram de contra-argumentarem e de expressarem seus sentimentos, o que gera a vontade de praticar atos de violência contra a figura do opressor.

Muita tristeza, humilhação e aborrecimento são relatados por aqueles que, sem consulta prévia, foram transferidos de local ou de turno de trabalho, não só pelas implicações que a situação acarreta à vida privada, mas por se sentirem desrespeitados nos seus direitos de escolha e preferência. Relatam que se sentiram obrigados a aceitar as

determinações impostas, pelo medo da demissão, gerando sentimentos de muita mágoa. Por outro lado, a falta de orientação sobre o andamento do serviço de um novo local de trabalho, muitas vezes, com características totalmente diversas daquelas da experiência e afinidades do profissional, cuja transferência se deu sem consulta prévia, agravado pela inexistência de uma explicitação da filosofia, objetivos, funções e expectativas, além de ser percebida como descaso pela pessoa do empregado, geram, também, sentimentos de mágoa. Por sua vez, tais sentimentos são vistos como impeditivos, por alguns, de buscarem respostas aos questionamentos originados, a partir de atos autoritários. Muitas vezes, a falta de busca de explicações é justificado com base na priorização do paciente, em detrimento de si.

Os entrevistados percebem, entretanto, que a atuação da atual coordenação tem se mostrado, nos últimos meses, mais ponderada, menos autocrática, com mais cautela e tranqüilidade. Atribuem essa mudança como sendo resultado, talvez, da percepção dos sentimentos e manifestações de repúdio que a levaram a uma auto-avaliação ou, talvez, pela proximidade do concurso público, para preenchimento de vagas no hospital para permitir a aquisição de "maior resistência" para poderem estudar.

18 - O CORPO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO E A OTIMIZAÇÃO DO TEMPO

Eu nunca tive e eu nunca fico nem uma hora de descanso porque não dá. Tu és solicitada a todo momento.

Entrevista 3 - Enfermeira.

A enfermeira atende duas unidades também. Aí, se ela desceu eu não posso sair da unidade pra aquecer o meu lanche ou pra tomar descansada, naquela sala. Aí, tenho que tomar um copo de leite gelado, ali numa salinha onde se troca a roupa porque como é que eu vou deixar... A enfermeira do Centro Obstétrico e da unidade é a mesma, o Centro Obstétrico é num extremo e o outro... E a enfermeira desce pra atender o CO e fica a unidade só com a auxiliar. Se ela já teve tempo de sair, lanchar ou ir no banheiro ela vai, senão ela...

Entrevista 15 - Auxiliar de Enfermagem.

Ah! eu gosto de fazer tudo. Gosto de puncionar veia, eu gosto de dar injeção, essas coisas assim. De preparar material... do serviço. Às vezes, quando não tem nada, assim, eu sempre tenho. Eu procuro alguma coisa pra fazer, né? Porque é uma coisa boa.

Entrevista 18 - Auxiliar de enfermagem.

A categoria "O Corpo como Instrumento de Trabalho e a Otimização do Tempo" reúne as descrições de vivências e as informações nas quais os entrevistados manifestam as exigências a que são submetidos e, no caso das enfermeiras, submetem e submetem-se, durante a jornada de trabalho.

As constantes solicitações do trabalho, muitas vezes, auto-impostas não permitem destinar um tempo para descanso, durante a jornada de trabalho. Apontam diversos fatores que concorrem para esta situação, entre os quais, a falta de pessoal, as férias, as folgas e as abstenções ao serviço que os impedem de usufruir de um período determinado para fazerem uma refeição tranqüilamente, um intervalo para descanso ou, simplesmente, sentarem por alguns momentos, embora percebidos como necessários para dar condições para continuarem o trabalho.

Alguns consideram inadequado o local improvisado de que dispõem para realizar o lanche, principalmente o pessoal do noturno, por não lhes serem oportunizadas condições nem mesmo de aquecer os alimentos que trazem de casa, agravado pela proibição de serem utilizadas as instalações da copa para tal finalidade. Relatam não

haver um horário determinado e um período de tempo destinado para o lanche ou repouso, sendo as atividades interrompidas, somente, quando e se possível.

Principalmente à noite e, também, quando da concessão de folgas, uma mesma enfermeira tem de atender a duas ou mais unidades ou serviços, muitas vezes, em andares diferentes. Por outro lado, relatam que, em caso de falta ou afastamento de algum funcionário ou da enfermeira, o funcionário que permanece sozinho, com frequência, tem que relegar a um segundo plano suas necessidades fisiológicas, pela impossibilidade de se afastar, mesmo que por breves períodos.

Por sua vez, apoiados na justificativa de gostar de realizar todos os procedimentos e devido às características do serviço e, ainda, "estimulados" pelos superiores hierárquicos, nas reuniões, enfatizam que procuram outras atividades para ocupar o tempo "quando não há nada para fazer". Tal comportamento, muitas vezes, leva o pessoal da equipe de enfermagem a assumir e desenvolver funções e atribuições de outros serviços por entenderem que não há tempo a perder pois, a qualquer momento, pode haver necessidade de serem utilizados determinados materiais, equipamentos ou instalações. Percebem o fato de não os poderem utilizar, por estes motivos, como algo ruim e horrível, o que os leva a apresentarem tal tipo de conduta.

Algumas enfermeiras, mesmo sabedoras da dupla jornada de trabalho de alguns funcionários, devido ao duplo emprego, demonstram não levar em consideração tal fato, ao emitirem julgamentos de valor, independentemente de uma avaliação crítica, interessando, apenas, a realização do trabalho, parecendo perceber o funcionário como um mero recurso.

19 - O SIGNIFICADO DO TRABALHO

Pra mim, agora, fica sendo a minha vida porque eu adoro fazer o que eu faço. Pra mim gratifica muito. É uma maneira que eu tenho de escapar um pouco da minha vida, assim, das minhas coisas. Não é só financeira mas teve épocas em que era. Então, é uma coisa mais pra me gratificar, uma coisa pessoal, assim.

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

O trabalho de enfermagem? Ah! significa pra mim uma grande importância, né? (...) Me dá (prazer), por incrível que pareça! Eu, quando saio de férias, assim eu digo: pra mim, acho que quinze dias está bom mas não trinta dias. Então, às vezes, em quinze dias já estou louca pra voltar, sabe? Me falta uma coisa, em casa, né? Então, aquela coisa, aquele vazio, aquela coisa pra preencher.

Entrevista 10 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "O Significado do Trabalho" reúne as percepções dos entrevistados acerca do significado do trabalho em suas vidas e, em especial, do trabalho na área da enfermagem.

Num sentido mais geral, consideram o trabalho como uma necessidade tanto de ordem econômica, um meio de sustento, como emocional, uma forma de prazer e de auto-satisfação e auto-valorização, que dá sentimento de utilidade e motivação, complementa a vida e a torna mais atrativa, constituindo-se numa das coisas mais importantes da vida. Complementam dizendo que a dimensão exata da importância do trabalho, na vida das pessoas, só é dada pela possibilidade iminente da perda do emprego.

Encaram o trabalho como sendo tudo. É a vida, é a razão de viver, onde passam a maior parte da vida e onde estão os melhores amigos. Salientam que o trabalho, qualquer

que seja, constitui-se numa forma de não permanecer na inatividade, de relacionar-se com as pessoas e de fazer alguma coisa de útil; uma possibilidade de escapar dos problemas da vida privada. Consideram o trabalho uma higiene mental e obter satisfação no trabalho, principalmente pelo tipo de trabalho desenvolvido pela enfermagem, é percebido como uma forma masoquista de prazer.

Na percepção dos entrevistados, a enfermagem é, além de um trabalho, uma profissão e que por gostarem, tornou-se uma necessidade. Alguns consideram-na como um vício porque, apesar dos constantes e diversos motivos de reclamação, desenvolveram um gosto especial pelo trabalho. Não conseguem abandoná-lo e, quando em férias, sentem um vazio pela falta de estar trabalhando e uma imensa vontade de retornar. Atribuem estas sensações à vocação e ao conjunto de coisas que existem no trabalho e, principalmente, pelo que o trabalho significa e pelo prazer que dá.

20 - A EMPATIA E O ENVOLVIMENTO

Não vou dizer que eu sou perfeita. Não sou. Ninguém é. Mas tudo que estiver ao meu alcance e que eu possa fazer... Claro, sempre a gente deixa alguma coisa que... que não têm condições. Mas tudo aquilo que estiver ao meu alcance e que eu puder fazer para minorar o sofrimento do meu paciente... Porque eu sei, eu me coloco no lugar do paciente. Hoje é ele, amanhã pode ser eu e, aí, eu não sei o que vai acontecer. Então... Quer dizer (que) eu faço o meu serviço visando eu mesma, ali, né? Então, por isso... Eu acho que, enquanto eu pensar assim, eu sempre vou procurar fazer o melhor que eu posso.

Entrevista 5 - Auxiliar de Enfermagem.

A gente chega pra trabalhar e tu te envolve, abraças realmente as atividades que têm que ser feitas, dando toda a tua atenção, toda a tua parte emocional, psíquica, em função do... Eu acho que isso tudo envolve

uma afetividade ao trabalho, gostar também... Ninguém gosta de alguma coisa que não te dá prazer. Ninguém é masoquista o tempo todo. Tem que te dar alguma coisa, uma contraprestação pra tu continuares gostando.

Entrevista 6 - Enfermeira.

Na categoria "A Empatia e o Envolvimento", estão agrupadas as informações acerca das reações dos entrevistados frente às situações críticas vivenciadas por outras pessoas, principalmente daqueles a quem se destina o trabalho que realizam e dos seus afetos.

Consideram que o envolvimento é uma coisa comum a todos que trabalham com o paciente e que se envolver com o trabalho, poder dedicar toda a atenção e a parte emocional e psíquica é percebido como prazeroso. Acreditam que a afetividade ao trabalho resulta da possibilidade de sentir prazer.

O envolvimento com o trabalho e a interação com o paciente permitem conhecer e identificar suas necessidades para objetivar a assistência e o resultado é percebido como bastante gratificante. Na opinião dos entrevistados, lidar com a doença e perceber que todos passam pelo sofrimento, ao contrário do senso comum, tornam a pessoa mais humana, aprendendo a compreender melhor as outras pessoas. Admitem que, no início da profissão, o sofrimento com a morte era maior, devido ao tipo de envolvimento, mas que, com o passar do tempo, a convivência com este tipo de ocorrência, conduziu a uma menor percepção do sofrimento.

Salientam que o colocar-se no lugar do outro, na situação vivenciada pelo outro, é considerado como sofrimento mas que se constitui em forte motivo para a realização de todo o possível e da melhor maneira para minorar o sofrimento do outro.

21 - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO ÀS CHEFIAS

Então, eu acho, pra mim, é importante trabalhar com chefe. E eu digo: sem chefe eu não trabalho. Eu preciso ter porque é mais respeito. Eles, os médicos, respeitam mais, sabe? E mais confiança também, né? Não que eu não saiba trabalhar mas uma chefe, né? é bem melhor. Se não se sabe alguma coisa, a chefe sabe. Por isso ela fez faculdade. Ela estudou pra aquilo, ela deve saber. Se ela não sabe, ela vai procurar... pra nos auxiliar: olha! isso é assim, assim e assim. Se trabalha com mais tranquilidade e segurança. E, sem uma chefe, parece, assim, que a carga fica maior em cima dos auxiliares. Eu me sinto assim.

Entrevista 10 - Auxiliar de Enfermagem.

A chefia está ali pra te orientar, pra te dizer, pra te lembrar se tu estás certa, se tu estás errada, se ela gosta do teu trabalho, se ela não gosta, porque não gosta. E, quando não há, assim, uma franqueza da chefe com a equipe dela é muito terrível. É desgastante porque tu trabalhas muito, desgasta, tu sais dali sem energia física e mental daquele serviço desgastado.

Entrevista 15 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "Percepções e Expectativas em Relação às Chefias" reúne as descrições dos entrevistados acerca das percepções e expectativas que possuem em relação às chefias a que estão subordinados na hierarquia do Serviço de Enfermagem e de suas implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Os entrevistados enfatizam que um tratamento amistoso, isento de "maus modos" e de atitudes ameaçadoras é o que esperam de qualquer chefia. Consideram que a falta de diálogo franco e sincero interfere na intensidade do prazer no trabalho, mesmo quando se realiza o trabalho do qual se gosta. Percebem como "algo horrível" a existência de uma relação permeada de cinismo entre chefes e subordinados e a existência de privilégios e de tratamentos desiguais. Na opinião dos entrevistados, compete a qualquer chefia

orientar o andamento do serviço, avaliar e apontar erros e acertos, sempre de maneira franca pois, caso contrário, percebem como algo "muito terrível e desgastante". Uma chefia pode deixar uma pessoa desmotivada, arrasada e desestruturada, com uma situação ocasionada pela falta de franqueza, principalmente, quando ela não tem uma família, uma casa e coisas de que gosta. A sensação de que não se é bem quisto pela chefia é considerada uma coisa horrível, intolerável e que gera sentimentos de mágoa. Os entrevistados entendem que o respeito à chefia não se deve apenas ao cargo, mas decorre do tratamento respeitoso que é devido a qualquer pessoa.

Para os auxiliares de enfermagem, as enfermeiras de unidade são percebidas como um recurso, tanto em caso de dúvida como quando há necessidade de improvisações para a realização do trabalho. Salientam que, na impossibilidade de realizar alguma tarefa, pela falta de material ou do medicamento, comunicam à enfermeira que, dessa forma, fica responsável por encontrar uma solução. Apesar de serem percebidas como ocupadas, sem tempo e que trabalham muito, as vêem como alguém disponível, amigo e pronto a auxiliar em momentos de dificuldade. A maioria relata a existência de um relacionamento excelente, apesar da hierarquia, nutrindo sentimentos de amizade e admiração pelas enfermeiras a que estão diretamente subordinados, mantendo o respeito mútuo e favorecendo a realização do trabalho.

Os auxiliares de enfermagem consideram como algo muito importante, ter uma enfermeira responsável pela equipe porque, além dos sentimentos de maior tranquilidade e segurança na execução de procedimentos, percebem como mais difícil serem desrespeitados por outros profissionais. Referem gostar de trabalhar junto às enfermeiras por entenderem que, além de dirimirem possíveis dúvidas, transmitirem segurança e compartilharem as responsabilidades, orientam e administram a unidade para o bom andamento do serviço. Estar subordinado a uma enfermeira significa receber ordens diretas, somente, de uma única pessoa. Por outro lado, salientam que em, decorrência

das limitações que o cargo determina, sentem a necessidade do respaldo técnico do profissional de nível superior da área, apesar de possuidores de um saber resultante das vivências e experiências práticas que entendem permitir, até, questionar a adequação de determinadas condutas prescritas pelo médico. Trabalhar junto a uma enfermeira que conhece o trabalho é considerado ótimo, por transmitir segurança e tranquilidade. Por outro lado, trabalhar junto a alguém inexperiente ou que não demonstra capacidade é considerado como "um horror", "uma coisa que assusta" e "muito ruim".

Para os entrevistados, a atuação das chefias, principalmente a da Coordenação de Enfermagem, deveria ser exercida de forma mais intensa, para inteirar-se da realidade e supervisionar tanto o trabalhador como o resultado do trabalho. Consideram que inexistem avaliações do desempenho, com críticas construtivas, sem a utilização da "tática do terror", como instrumento de pressão. Principalmente os auxiliares de enfermagem relatam que o contato com as chefias de instâncias superiores é raro, não oportunizando a formação de uma opinião precisa acerca de suas atuações. Geralmente, quando ocorre este contato, caracteriza-se pela adoção de atitudes de caráter punitivo, em decorrência de acontecerem situações interpretadas como erros de conduta do funcionário, sem uma avaliação mais apurada, conduzindo a críticas consideradas injustas e originando sofrimento, traduzido por sentimentos de profunda mágoa.

O pessoal do noturno, por sua vez, percebe que há falta de acompanhamento do trabalho que realizam, por parte das chefias dos escalões superiores. Aqueles que trabalham ou que já trabalharam em mais de um emprego percebem que, em geral, tal fato não é apreciado pelas chefias e, não raro, motivam tratamentos discriminatórios, traduzidos em um maior controle e cobrança do trabalho que realizam.

Por sua vez, as enfermeiras percebem como sendo sua atribuição, decorrente do cargo que ocupam, providenciar tudo o que seja necessário para a realização de qualquer procedimento e deixar à disposição de todos, em geral, e do médico, em particular, daí resultando a busca frenética pelo material. Algumas percebem-se "acomodadas", ao invés de estarem "lutando pelas coisas", "impondo-se mais" como seria o esperado, o que consideram como causa de sofrimento. Referem frustração ao perceberem-se capazes de realizar muito mais do que aquilo que se propõem a fazer, o que atribuem à falta de incentivo para melhorar.

Há a preocupação, para "evitar a perda de prestígio" de demonstrar que sabem fazer, de serem "um trabalhador braçal" para que, em caso de necessidade, possam atuar. Algumas enfermeiras consideram que a diferença entre o enfermeiro e os demais membros da equipe de enfermagem reside em ter que estar apto a "resolver" e a "tomar conta da situação".

Por outro lado, existem opiniões, como a de uma enfermeira administrativa de que a chefia deve ser exercida contemplando atitudes autoritárias e democráticas, não podendo ser demais nem uma coisa, nem outra, porém sem nunca esquecer que está ali para chefiar. Segundo ela, somente atitudes democráticas não garante o andamento do serviço, além de dar origem a queixas e manifestações de insatisfação. Salaria que, quando as pessoas têm uma chefia elas desistem da autonomia, precisam sempre de um chefe porque acham que o chefe tem obrigação de fazer o seu papel. As pessoas não se sentem co-participantes da chefia, acomodando-se em cima da chefia, não perguntando, não se questionando, não sugerindo e à espera de receber ordens, daí, a necessidade de prevalecer a autoridade. Isto é percebido como um coisa ruim.

22 - DILEMAS E SITUAÇÕES CONFLITANTES

(...) outras vezes o paciente que está necessitando mais é que vai fazer nebulização, os outros não vão fazer porque eles não estão tão mal quanto aquele. Quer dizer, pra mim, já causa sofrimento porque a gente quer ver aquela criança melhorar, aquele adulto melhorar.

Entrevista 2 - Auxiliar de Enfermagem.

E, aí, de repente, chega uma criança precisando de tal coisa. Aí, tu tens uma encubadora que não tem motor, tu tens um berço que já não tem mais a parte do calor radiante, outro que já não tem mais termostato, não tem como controlar a temperatura. Aí, naquela criança, tu botas uns dez cobertores, já pode ficar numa encubadora estragada. Só que uma encubadora estragada não tem ventilação, não tem nada. E, aí, tu tens que ficar pensando os prós e os contras: quem eu vou tirar pra poder acomodar o que está chegando? É uma coisa bastante angustiante, sim.

Entrevista 6 - Enfermeira.

A categoria "Dilemas e Situações Conflitantes" reúne as informações acerca dos sentimentos que são percebidos frente às situações conflitantes ou dilemáticas que se apresentam, no dia-a-dia do exercício profissional.

Principalmente, para as enfermeiras, não saber o que a organização espera e ter que realizar o trabalho, intuitivamente, pelo que supõem seja o correto, com base, apenas, na própria vivência profissional, gera sofrimento. Por sua vez, enfatizam que ter que "brigar" e se indispor com pessoas de outros setores do hospital, para conseguir a maioria das coisas, principalmente, determinados tipos de materiais ou medicamentos, são percebidas como situações extremamente desgastantes e geradoras de grande sofrimento.

Relatam que, apesar da procura do estabelecimento de um clima cordial com todos, muitas vezes, as indisposições originadas pela cobrança dessas condições

necessárias para realizar o trabalho da enfermagem, são levadas ao nível pessoal, o que exige a apresentação de desculpas, para prevenir maiores animosidades. Salientam que a falta de leitos é uma situação que as fazem se sentir muito mal, por significar a impossibilidade de internação de um paciente. Muitas vezes, esta situação origina atritos e indisposições com os familiares, quando duvidam da inexistência de vagas.

Os entrevistados consideram como uma das coisas mais angustiantes a incerteza da possibilidade de realizar tudo o que deve ser feito, no tempo de que dispõem. Percebem o fato de terem que realizar muitas coisas, ao mesmo tempo e com pressa, passando de uma atividade à outra sem tê-la concluído, como causa de sofrimento.

Consideram a constante necessidade de avaliar as vantagens e desvantagens da utilização de equipamentos avariados como algo bastante angustiante. Por outro lado, enfatizam que, muitas vezes, são levados a ter que decidir quem receberá determinado tipo de cuidado, tendo como critério a maior necessidade e isso causa sofrimento, devido a representar a sonegação do cuidado aos demais. Relatam que há casos em que, para fugir à angústia da carência de condições para realizar as tarefas, muitos chegam a adquirir seu próprio instrumental, colocando-o em uso a serviço do hospital.

As enfermeiras percebem o fato de terem que comunicar a morte do paciente aos familiares como algo terrível e angustiante, principalmente em decorrência dos vínculos afetivos que se estabelecem com um contato mais prolongado e da expectativa em relação aos sentimentos que poderão ser desencadeados. Salientam que, mesmo havendo a possibilidade de delegação aos subalternos da comunicação do óbito, preferem o enfrentamento, mesmo que se utilizem de medidas protelatórias, até reunirem coragem para dar a notícia. Justificam tal opção, por entenderem ser competência do enfermeiro tal tipo de atribuição, muito embora, percebam como alívio, o médico incumbir-se dessa função.

Relatam que a impossibilidade de proceder de acordo com o que é concebido como o correto origina muita angústia, principalmente nas enfermeiras, conduzindo a atitudes de excessivo zelo, em decorrência de se sentirem muito responsáveis, permanecendo, constantemente, envolvidas, controlando o andamento do serviço, motivadas pelo medo de que algo possa acontecer e vir a ser atribuído tal fato à negligência.

Para os que trabalham no setor pediátrico ou que já trabalharam neste local, o apego às crianças que ficam para a adoção é percebido como algo muito angustiante para a enfermagem porque origina sentimentos de ambivalência ao quererem que a criança seja adotada mas, por outro lado, não a querendo deixar ir, havendo muita tristeza, desespero e sofrimento.

23 - A REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Mas tudo que tiver assim de errado, que a gente não pode se realizar tanto profissionalmente como moralmente, causa sofrimento.

Entrevista 2 - Auxiliar de Enfermagem.

Eu me realizo aqui dentro, com o pessoal que eu trabalho, com o paciente, com a turma, tudo... Eu gosto muito mesmo. (...) Eu gosto muito de puncionar uma veia. Agora não dá tempo mais, mas quando eu estava na tarde eu tinha prazer de chegar, aos sábados, e ver o paciente meio feio e fazer uma barba, cortar uma unha, deixar ele bem, mesmo estando ruinzinho, acamadinho. Deixar ele com um aspecto mais bonito. Eu me realizava com aquilo. Agora não, porque de noite a gente não faz.

Entrevista 10 - Auxiliar de Enfermagem.

Eu tenho (prazer) mas, às vezes, têm momentos que eu paro assim e penso: será que o sofrimento vem trazer (prazer)? Porque eu vejo, no caso,

as crianças sofrerem e ver trazerem uma angústia que eu penso: Ai, meu Deus! Eu tenho que soltar essa profissão! Mas, aí, eu reflito e vejo que é isso que eu gosto. Que é isto que me faz feliz e me faz sentir realizada dentro daquilo que eu faço.

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "A Realização Profissional" reúne as vivências e percepções dos entrevistados acerca dos sentimentos de prazer e sofrimento em relação ao que realizam, no tipo de atividade a que se dedicam.

Consideram que tudo que inviabiliza a realização profissional e moral causa sofrimento. Sentem-se realizados ao poderem desenvolver o trabalho e de estarem com os colegas e com os pacientes. Salientam que a execução de procedimentos e cuidados diretos ao paciente, de acompanhar sua evolução, ver sua melhora até a alta são motivos de realização e prazer no trabalho. Atuar em situações mais críticas, como em uma parada cardíaca, são vistas como formas de obter realização no trabalho. O fato de lidar com o sofrimento do outro gera sentimentos contraditórios pois, apesar do sofrimento que sentem, gostam do que fazem, sentindo-se felizes e realizados com aquilo que fazem.

24 - AS REUNIÕES DE TRABALHO

Nós comentamos muito sobre isso porque, antigamente, a gente até tinha, assim, de quinze em quinze dias uma reunião e era bom porque a gente colocava todas as mágoas, todas as angústias, todos os descontentamentos, numa reunião. É bom isso. Então, era bom porque as enfermeiras assistenciais e administrativas mais alguém da coordenação (se reunia) pra gente colocar o que a gente tinha, o que estava incomodando. Mesmo que não fizessem nada, pelo menos tu fazias a tua parte. Olha aqui, oh! Não está funcionando isso, isso, isso e aquilo, né?

Se tentavam ou se não, aí, não competia a nós, né? A gente colocava pra fora o que estava nos incomodando. Eu acho que faz falta isso.

Entrevista 14 - Enfermeira.

Eu lembro uma ou duas reuniões, só. No momento, eu não me lembro, assim. Eu acho assim que (quando há) muito problema dentro da unidade... mas eu acho assim que não deveria ser só quando tem problema. Deveria ser quando, também, não existe problema porque, aí, as pessoas iam mais tranqüilas e têm condições de expressar aquilo que sentem (melhor) do que quando vão angustiadas, quando vão frustradas. Então, eles chegam lá, aí, só querem, no grupo todo, só querem discutir e brigar e, aí, no fim, não chegam à conclusão que deveriam chegar.

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "As Reuniões de Trabalho" reúne as informações acerca de como são percebidas as reuniões de trabalho e dos sentimentos desencadeados pela frequência e teor das mesmas.

Os entrevistados percebem as reuniões, com a equipe de trabalho, como um espaço para encontrar formas de realizar melhor o trabalho e de poderem compartilhar as diretrizes emanadas da coordenação. Consideram as reuniões periódicas como uma necessidade fundamental para discutir os problemas e encontrar soluções necessárias ao bom andamento do serviço. Salientam que as consideram importantes por representarem boas possibilidades de avaliação do trabalho e de seus resultados. Percebem-nas como "uma coisa boa", como uma possibilidade de expor mágoas, angústias e descontentamentos. Em resumo, "poder falar as coisas que estão incomodando", mesmo que tal prática não conduza a nenhuma atitude concreta, por parte dos superiores hierárquicos.

Os entrevistados lamentam que não sejam realizadas reuniões periódicas. Por outro lado, quando ocorrem, lamentam porque, geralmente, são motivadas por situações de crise intensa, onde predominam aspectos relacionados à crítica de condutas e posturas,

em detrimento da avaliação do serviço. Percebem tais críticas como uma "caça às bruxas", onde imperam reclamações, num clima de extremo autoritarismo e desrespeito aos sentimentos dos subordinados.

Consideram que as reuniões deveriam ser implementadas tanto para reclamar como para elogiar; para colocar os assuntos em dia, para melhorar alguma coisa a tempo, para discutir e buscar o entendimento e conhecer o que pensam os elementos do próprio grupo, com repercussões na realização de um trabalho muito melhor.

Percebem a falta de reuniões periódicas como algo que origina muita angústia, pela impossibilidade de expor sentimentos, de verbalizar o que consideram certo ou errado. Enfim, de desabafar e de expressar opiniões, dentro da equipe.

Os entrevistados são de opinião que as reuniões não deveriam ser convocadas, apenas, quando existe problema mas, também, quando não existe, porque as pessoas participariam mais tranquilas e em condições de expressar sentimentos melhor do que quando vêm angustiadas e frustradas, pois nestas condições elas "só querem discutir e brigar", dificilmente, chegando a alguma conclusão.

Especialmente as enfermeiras relatam que, apesar de solicitarem a realização de reuniões periódicas com a coordenação, as mesmas têm sido esporádicas, na vigência de algum problema crítico e, mesmo assim, geralmente, só com as enfermeiras administrativas.

Embora percebam ser possível expressar opiniões e sugestões, quando participam de reuniões convocadas pela coordenação para propor mudanças, salientam que, geralmente, as coisas já vêm decididas e prontas. Enfatizam que a continuidade do trabalho é mantida sem um grande envolvimento com a coordenação, saindo da reunião e

retornando ao local de trabalho "para dar seqüência ao que estava sendo feito, naquele espacinho, naquele mundo criado, no qual tudo que vier a mais é lucro".

O pessoal do noturno, por sua vez, relata que participa muito pouco de reuniões. Alguns chegam a manifestar sentimentos de exclusão. Justificam o não comparecimento às reuniões por estas coincidirem, geralmente, com os dias de folga ou serem realizadas durante os horários correspondentes ao diurno.

25 - EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO FUTURO

Pelo menos, a gente tem esperança que um dia melhore. Que isso, aí, tem que ser solucionado, não pode continuar assim. Continuar esse sofrimento... porque a gente trabalha não é só pelo (salário)... trabalha pela satisfação, pela profissão que gosta mas precisa, também, de um salário digno pra sobreviver. Então, a partir do momento que as pessoas não tem, também isso aí é um problema. E, por mais que a gente goste da profissão, mas chega no fim do mês, a gente tem as despesas. Não dá, né? É o filho pra sustentar, é a educação, é isso... Aí, tu ficas assim: pô! trabalhei tanto, me esforcei tanto e cadê?

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A gente não pode, tem que ficar quieta, ouvir e ficar quieta. E ela (a coordenadora) impôs as coisas, né? Não disse, assim, nada pra elogiar, não disse, assim, nada pra... Não! só pauleira, só pauleira e, ainda, fez isso aí com a menina. (...) Mandou calar a boca e se ela não estivesse bem que ela pedisse as contas. (...) Eu fico... Quando acontece esse lance, aí, eu fico muito magoada, eu sinto muita mágoa, sabe? Por que disso aí, né? Mas as coisas são assim mesmo. Tenho que trabalhar. O negócio é baixar a cabeça e ir trabalhar. (...) Ninguém abre a boca e eu, também, não posso abrir a boca. Não posso. Olha o meu tamanhinho! Não dá! Mas um dia eu chego lá! Um dia, se Deus quiser, eu chego lá! E vou rodar a minha baiana. Só se eu morrer antes, mas eu acho que não!

Entrevista 10 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "Expectativas em Relação ao Futuro" estão reunidas as informações dos entrevistados quanto a como percebem as possíveis alternativas para desfrutarem de situações mais prazerosas no trabalho e da possibilidade de virem a ter menos sofrimento.

Os entrevistados, por considerarem-se otimistas, têm esperança de que sejam investidos recursos que melhorem as condições de poder realizar o trabalho, vindo o hospital a tornar-se muito melhor, dotado de tudo o que seja necessário.

Enquanto tal não acontece, com base na experiência prévia, alguns apresentam, numa visão mais pessimista, preocupação em relação à possibilidade de vir a ser instalada uma UTI Geral, apesar da precariedade das condições atuais e por entenderem que tal situação, ainda, persistirá por um tempo bastante prolongado.

Apresentam expectativas de uma vida futura mais promissora, com o surgimento de uma pessoa percebida como capaz de mobilizar forças, para a conquista de melhores condições para realizar o trabalho e de maior valorização da profissão, para a obtenção de um salário digno, considerado necessário, apesar de reafirmarem que trabalham não só pelo salário mas pela satisfação em exercerem a profissão que gostam.

Na opinião de quem já participou da representação sindical e dos demais órgãos de classe, as expectativas colocadas na atuação do representante, quando frustradas, conduzem à formação de julgamentos de valor desabonadores à sua pessoa. Atribui a tal fato a dificuldade para que alguém se apresente para o exercício desta função.

Muitos justificam o conformismo com um salário que, apenas, complementa a renda pela opção ou necessidade de permanecerem na cidade. Alguns auxiliares de enfermagem não pretendem permanecer "para sempre", nesta condição, depositando na esperança de cursar uma faculdade, a possibilidade de não só virem a ter um maior salário, como terem condições de "revidar" diante de situações "indignantes" decorrentes

do tratamento, por vezes dispensado pela coordenação de enfermagem, o que não acontece pelo sentimento atual de impotência e medo de represálias.

26 - O HOSPITAL COMO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS

É que passa tanto estudante, assim, com a gente no dia a dia, né? Então, cada um que entra a gente sempre aprende um pouquinho mais com elas, né? Às vezes, elas vêm só com a teoria mas a gente aprende com elas assim, coisas mesmo que a gente pega vícios, né? Porque, às vezes, a gente esquece, faz no dia a dia e nem está ligando, né? E, assim, quando elas estão lá, a gente lembra, né? que tem uma técnica, né? que tem uma maneira de seguir, de fazer. Isso é bom. É bom ver elas entrarem, se formarem, sair, às vezes, até se tornando chefe da gente.

Entrevista 4 - Auxiliar de Enfermagem.

É cruel! porque eles (médicos residentes) não têm experiência. Eles não têm prática na medicação. Então, tem coisas que eles prescrevem, assim, como eles querem e, aí, a gente está acostumada a fazer de um jeito, que sabe que não é assim, não é? E, aí? (...) Agora, se eu vejo que a enfermeira não está com nada, não é? Assim, não sabe... porque o senhor sabe que, aqui dentro do nosso meio tem. E que um médico chegou há quinze dias na unidade, na residência, também não sabe e se o paciente não é meu eu saio de fininho. Eu saio, começa a me dar um nervosismo por dentro, então eu estou vendo que aquilo não é assim, não é? E, aí, eu saio de fininho. (...) Saio, assim... porque o paciente já morreu há tempo e eles continuam, em cima, fazendo aquele monte de coisas, investindo aquele monte de coisas que a gente sabe que não está com nada e a gente a correr a moda doido, assim. Não, não, não, aí, eu saio fora.

Entrevista 10 - Auxiliar de Enfermagem.

Na categoria "O Hospital como Formador de Recursos Humanos" estão reunidas as descrições de vivências que expressam a percepção que os entrevistados têm acerca do

hospital como um local de aprendizado e as implicações desta característica nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, há o entendimento de que o hospital é um formador de profissionais, o que vem ao encontro das expectativas de aprendizagem e aperfeiçoamento contínuos. Por outro lado, compreendem que, devido a essa característica, existe a atuação de pessoas "inexperientes", principalmente médicos residentes, que têm de aprender mas que, às vezes, na percepção de muitos, apresentam-se "inexperientes demais". Percebem a tomada de atitudes incorretas, devido à falta de maior experiência, como geradora de sofrimento no trabalho. Principalmente os auxiliares de enfermagem relatam que, quando percebem que, por inexperiência, estão sendo tomadas atitudes incorretas e não estando envolvidos, diretamente, com a assistência de determinado paciente, afastam-se do local, em resposta ao "nervosismo" que sentem, desencadeado pela situação. Salientam que, em casos de parada cardíaca, ao ser percebido o insucesso das manobras de recuperação, retirar-se do local é uma estratégia adotada para não presenciarem atos que consideram inúteis que, além de tumultuarem o ambiente, impõem um desgaste muito grande à equipe de enfermagem.

A presença de estagiários de enfermagem é percebida, por alguns auxiliares de enfermagem, como uma oportunidade de aprendizado e de "corrigir vícios" adquiridos, ao longo do desenvolvimento de atividades eminentemente práticas. Enfatizam gostarem de acompanhar a trajetória de aluno a profissional e dos vínculos de amizade que se desenvolvem, durante esse processo.

Por sua vez, algumas enfermeiras, cientes do compromisso com a formação dos futuros enfermeiros, evitam fazer uso de improvisações, perante os alunos de enfermagem. Relatam que improvisam, mesmo na existência do material, para que este fique disponível para os estagiários de enfermagem, com vistas a oportunizar a

aprendizagem do modo correto de executar determinado procedimento. Descrevem sentimentos de irritação, raiva e sofrimento, que surgem ao perceberem uma postura que demonstre desinteresse e displicência, por parte de alguns alunos de enfermagem, frente aos problemas da unidade, porém, restando, como consolo, a certeza da necessidade de mudança futura, para atender às expectativas do empregador, para se manterem trabalhando. Fazem alusão à necessidade de um auto-controle muito grande, em decorrência do tempo gasto com a preocupação constante em verificar e perguntar se determinados procedimentos foram realizados. Enfatizam que o tempo destinado a isso, muitas vezes, é muito maior do que o tempo que levariam para realizarem, elas próprias, os procedimentos. Percebem tal situação como algo horrível.

27 - A PROTEÇÃO NO TRABALHO

Ah! Não tem muita (condição de atender pacientes aidéticos). A medicação sempre tem, mas o fundamental que são as luvas, é o que eu lhe disse, nunca... nunca tem. (...) não tinha luva, ela (a enfermeira) fazia o pedido para o almoxarifado. Aí, baixaram uma lei, lá de baixo (direção) que não se podia mais pedir luvas para o almoxarifado. Então, a gente fica... a gente tem que ficar dependendo do CME e, muitas vezes, eles também não têm. (...) Então? Ou a gente bota um saquinho de soro nas mãos, o que é muito incômodo, ou, senão, às vezes, tem... eu procuro não ir, né? Eu procuro não fazer nada sem luvas mas, muitas vezes, o funcionário vai até sem luvas lidar com o paciente e eu acho que isso aí não está direito. (...) Porque eles acham assim, que a gente gasta muita luva. Mas meu Deus! Aquilo ali, a gente lida com tudo quanto é doença! A gente tem que usar luvas!

Entrevista 5 - Auxiliar de Enfermagem.

Tá! mas enquanto tu estás em outras unidades, os riscos que tu tens são os mesmos, só que tu não tens todo o material. Ninguém traz escrito na testa que é portador do vírus. Então, tu tens que ter mais cuidado ainda

porque, às vezes, tu vais punccionar sem luvas. E aí, tu dizes: como? mas eu não pensei... Eu, pessoalmente, sou paranóica. Esses tipos de cuidados assim. Pô! eu não levei em consideração o fato de que poderia haver um acidente. Então, lá, pelo menos, com os HIV tu já sabes tudo, então, já é uma coisa assim: tu tens que ter essas certezas.

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "A Proteção no Trabalho" agrupa as informações acerca das experiências com as situações a que estão expostos os entrevistados e de como são percebidos os possíveis riscos e suas repercussões nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Os entrevistados relatam que inexistem material adequado e suficiente para proteção individual no atendimento aos pacientes, inclusive para o atendimento de pacientes aidéticos. O material de que dispõem, geralmente, não apresenta condições para proteção, devido ao constante uso. Por outro lado, há a proibição expressa de solicitarem, diretamente, ao almoxarifado, devendo o material ser solicitado ao CME (Centro de Material Esterilizado), onde, na maioria das vezes, inexistem.

Salientam que a insuficiência e, até mesmo, a ausência de meios de proteção adequados para atenderem aos pacientes, principalmente quando aidéticos, conduzem, muitas vezes, à necessidade de improvisações grosseiras, como recurso, na tentativa de se protegerem do perigo de contágio. Por outro lado, há o aparente descaso de outros profissionais e da própria administração às solicitações para a redução do número ou suspensão temporária das internações de aidéticos. Relatam que muito medo e muito sofrimento são sentimentos que se manifestam, pela maior possibilidade de contágio que a falta de condições adequadas de proteção pode ocasionar.

Percebem como negligência da instituição, em nome da economia e em detrimento da segurança do pessoal, a aparente falta de preocupação com as condições de trabalho

oferecidas, cabendo a eles próprios a iniciativa de buscarem tais tipos de condições. Salientam que o material de proteção, quase sempre, não se encontra disponível, mas fazem o possível para sua obtenção.

Referem sentir maior medo ao atenderem pacientes aidéticos, quando não dispõem de material de proteção, o que os obriga a adotarem medidas de maior atenção, ao prestarem os cuidados. Relatam que atenção redobrada é dispensada, durante a realização de procedimentos invasivos, nos quais há a maior possibilidade de contato com fluidos orgânicos. Alegam o uso de luvas, sempre que disponíveis, o que nem sempre ocorre.

Para os entrevistados, apesar destes cuidados, podem acontecer acidentes. Quando ocorrem, utilizam-se de medidas de eficácia incerta, na tentativa de reduzirem as chances de contaminação, persistindo a dúvida e originando sentimentos de angústia, que advém da maior possibilidade de contágio. Alegam não terem recebido um treinamento específico para lidarem com pacientes aidéticos, o que consideram necessário. Enfatizam que realizar um trabalho, junto a esses pacientes, sem um treinamento específico e sem um conhecimento mais aprofundado, gera sofrimento, por considerarem a falta de informação e o fantasma da doença como motivos de angústia.

Por sua vez, o pavor frente ao acidente, impede de comunicar sua ocorrência aos órgãos superiores, apesar de considerada uma atitude errada. Por outro lado, a comunicação de tal tipo de ocorrência, origina muito sofrimento, devido ao aparente descaso, com a situação bastante angustiante da possibilidade de ter se infectado com o vírus, ao não ser tomada nenhuma atitude pela direção, com vistas a detectar uma possível contaminação, ficando o funcionário com a carga de não poder compartilhar tal sofrimento com mais ninguém. Houve o relato de que o trauma decorrente do acidente, percebido como potencialmente capaz de levar ao desenvolvimento da doença, conduziu a evitar o cuidado de aidéticos, impedindo, até, de realizar procedimentos invasivos, como

uma simples punção venosa, durante muito tempo. Somente após o resultado negativo do exame realizado, por conta própria e às suas custas e, após mais de um ano do acidente, é que essa auxiliar de enfermagem pôde, novamente, realizar tal tipo de cuidados.

Alguns enfatizam que preferem trabalhar com pacientes aidéticos. Percebem o trabalho com os demais pacientes como mais imprevisível porque, além de ser realizado sem material de proteção individual, não há a certeza quanto a serem ou não portadores do vírus. Outros, inclusive enfermeiras, admitem negligenciarem aspectos de proteção individual, adotando-os, somente, em casos diagnosticados ou quando há indícios aparentes para que adotem medidas preventivas mais específicas, sempre que possível.

As enfermeiras percebem-se na condição de líder da equipe, o que exige transmitir a sensação de segurança a quem trabalha com pacientes aidéticos. Esta situação é considerada como um desgaste tido como duplamente maior do que o próprio ato de assistir pessoalmente.

28 - AS REPERCUSSÕES DO TRABALHO SOBRE O CORPO E OUTROS ASPECTOS DA VIDA.

Eu dispenso bastante de mim, só que eu reconheço que cansa, né? Cansa bastante! Eu, agora, estou cansada. Cansa, pelo fato de trabalhar uma noite sim, uma noite não. (...) Sabe que a gente nem chega a descansar? Quando a gente volta, novamente, pra trabalhar, a gente já está cansada porque, além de tudo, a gente tem os afazeres da gente, né? da casa e do dia a dia. (...) E tem que ser uma total entrega, né? A gente entra, aqui dentro, tem que esquecer totalmente. Eu esqueço totalmente. Parece até que eu nem tenho uma vida lá fora e a minha vida é aqui.

Entrevista 12 - Enfermeira.

Eu trabalho de segunda a domingo. Claro! eu tenho folgas durante a semana mas, por exemplo, de segunda a sábado à tarde... Então, quer dizer, sábado à tarde, quase nunca posso fazer alguma coisa, sábado de tarde. E sábado de tarde é ótimo pra passear. É legal, né? A não ser que tu tenhas uma folga tirada, justamente, naquele sábado. Fora isso, tu te acomodas. Foi isso que aconteceu, isso acontece. Tu programas a tua vida em função dos teus plantões no hospital. E não sou só eu! Todo o grupo é assim! (...) Mas, ao mesmo tempo, eu sei que a área que eu escolhi é uma área que é vinte e quatro horas por dia. Não tem sábado, nem domingo, não tem feriado. E, em cima disso, que eu faço a minha vida. Em cima disso, que eu justifico às outras pessoas porque que eu não compareço... porque que sábado de noite eu não vou numa boate. Porque domingo eu tenho, às sete horas, que trabalhar e eu preciso descansar porque se eu não descansar eu vou ter dozer horas horrorosas. Quer dizer, então, tu te organizas, tu já moldas a tua vida em função destas tuas horas de trabalho que, muitas vezes, a gente sabe que são um excesso de horas, que tu deverias estar descansando...

Entrevista 8 - Enfermeira.

Na categoria "As Repercussões do Trabalho sobre o Corpo e Outros Aspectos da Vida" foram agrupadas as informações de como são percebidas as influências que o trabalho a que se dedicam exercem no corpo e na vida dos trabalhadores da área de enfermagem.

Para os entrevistados, o trabalho que realizam é, por natureza, um trabalho estafante podendo levar à exaustão das forças físicas e mentais e, por via de consequência, comprometer a qualidade do trabalho realizado. Relatam que o trabalho exige uma total entrega. A "vida lá fora" deve ser totalmente esquecida, pois a vida é no trabalho. No entanto, a recíproca não é verdadeira porque, apesar de alguns relatarem que ao sair esquecem o trabalho, quando em casa, chegam a sonhar com aquelas situações mais problemáticas e preocupantes que vivenciam, durante o transcurso do trabalho, por sentirem-se muito estressados e intensamente cansados. Enfatizam que, principalmente, as situações emergenciais frequentes a que estão expostos e o grau de

exigência que ocasionam, até pela condição de hospital escola, conduzem a um estado de maior estafa, pelo senso de obrigatoriedade de cumprir as tarefas.

Salientam que todos programam a sua vida em função do trabalho no hospital, acomodando os outros tempos em função dos plantões. Concluem que a vida é organizada em função dos horários de trabalho e as justificativas para o não comparecimento a determinados eventos, também, são do âmbito do trabalho.

Os entrevistados, mesmo o pessoal do diurno, consideram o horário do trabalho noturno como extremamente cansativo, e até mais cansativo do que dois empregos diurnos, deixando a pessoa sem ânimo para mais nada, impedindo-a de viver a vida. Especialmente os que trabalham no turno da noite, enfatizam que trabalhar em noites alternadas não permite descansar, pela associação aos demais afazeres diários, em casa ou em outro emprego, permanecendo cansados para o plantão seguinte. Consideram que o trabalho noturno gera transtornos não só fisiológicos, ao alterar os hábitos de sono e alimentação, mas porque interfere na vida familiar e de relacionamento social.

Especialmente os trabalhadores do noturno estão convictos de que trabalhar uma noite e folgar duas representava uma possibilidade de conseguir se recuperar completamente de um plantão noturno, por oportunizar a recuperação da energia para, de novo, agüentar uma noite de trabalho. Entendem que a pessoa trabalha mais satisfeita e mais descansada física e mentalmente. Salientam que, atualmente, com plantões em noites alternadas, a possibilidade de poder dormir, na noite livre, é esperada com ansiedade, mas, pela manhã, acordam e fazem tudo durante o dia todo para, à noite, retornar ao hospital. Consideram esta situação horrível pois o trabalho noturno, em noites alternadas, determina que as pessoas vivam em função de um trabalho muito desgastante e, além disso, mal remunerado.

29 - AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Eu acho que a enfermagem ela tem sofrimento mas ela tem muito prazer. Recompensa. O sofrimento é recompensado... as coisas que a gente faz vão recompensando o bem que a gente presta a todos, né? Vai recompensando aquele sofrimento e aqueles que, por infelicidade, vão, não têm sorte de sobrevivência... mas aqueles outros trabalhos, aquilo tudo vai recompensando. Então, eu acho que a satisfação também é grande, apesar de todos esses problemas que a enfermagem tem, que são seríssimos, mas o trabalho em si dela vai recompensado. Ela vai esquecendo porque a enfermagem, em si, ela vai esquecendo os problemas. Ela sabe que existe mas ela esquece porque ela está procurando trabalhar e que tem que fazer alguma coisa e que ela faz a parte dela. E o restante que não é da parte dela, ela não pode fazer nada. O que que ela vai fazer? Ela tem que se conformar e fazer sua parte e esperar que melhore, né?

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

(O trabalho da enfermagem) nunca é monótono, pelo menos, ali na Clínica (Médica), nunca é. Mesmo que eu faça as mesmas coisas, mas nunca é, pra mim nunca é monótono. Tanto que eu nem sairia da Clínica pra ir pra qualquer outra unidade, né? (...) eu não troco a Clínica por outro lugar.

Entrevista 4 - Auxiliar de Enfermagem.

A categoria "As Características do Trabalho" reúne as informações e percepções dos entrevistados acerca das características mais diretamente ligadas ao trabalho da enfermagem e as repercussões das mesmas nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, um grande número de coisas que dão prazer ou sofrimento no trabalho que realizam pode ser enumerado. Principalmente para as enfermeiras, a forma como o trabalho que realizam tem se desenvolvido, ao longo dos anos, vem proporcionando uma satisfação pessoal crescente, além de um progressivo

reconhecimento pessoal e profissional. Consideram isto como bastante gratificante, constituindo-se numa forma de prazer. Enfatizam que, apesar das incomodações, dos aborrecimentos com a instituição, com os colegas e consigo próprias, as decepções têm se constituído, muitas vezes, em estímulos para tentarem melhorar cada vez mais.

Os entrevistados salientam que o trabalho na enfermagem "já é bom", sendo necessária a coesão do grupo para poder ser melhor, tornando-se um trabalho muito mais prazeroso. Afirmam que a permanência num trabalho tão desgastante, como o da enfermagem, justifica-se pelo prazer que confere, pois o trabalho em si dá prazer. Relatam que, apesar de aparentemente serem realizadas as mesmas coisas, não consideram monótono o trabalho que realizam, pois as atividades não se restringem ao que está prescrito mas a uma gama de diferentes situações emergentes, durante os períodos de contato com os pacientes, muito embora envolva tempo e o atraso na realização de algum procedimento repercuta no andamento global do serviço. Percebem a impossibilidade de completar as tarefas como uma coisa desagradável, por ter que ficar os problemas que não foram solucionados para os colegas que estão assumindo o turno seguinte. Referem sofrimento ao sentirem medo de não conseguir realizar todas as atividades, no intervalo de tempo de que dispõem, devido ao excesso de trabalho.

Para os entrevistados, o contato direto com o paciente é essencial porque favorece uma maior interação e pelas coisas que oportuniza, tais como as manifestações de afeto e carinho, coisas essas gratificantes, o que consideram ótimo e que dão muito prazer. Para as enfermeiras, a intensidade do contato direto depende das condições de cada paciente, devendo ser maior quanto mais grave o estado do paciente ou menos intenso quanto mais delegações puderem ser realizadas aos auxiliares de enfermagem. Por outro lado, percebem como indispensável a realização de atividades que poderiam ser delegadas aos auxiliares, por oportunizarem um melhor acompanhamento e avaliação das condições do paciente. Apesar das orientações emanadas dos superiores hierárquicos, para delegarem

as "atividades assistenciais delegáveis", preferem o contato direto com o paciente para avaliar e poder, dessa forma, realizar o registro das observações e desfrutar do prazer que o cuidado direto proporciona. Justificam tal preferência porque consideram que as atividades administrativas não dão tanto prazer. Referem um gosto especial pela parte assistencial, devido ao gosto pelo paciente em si, de terem um contato direto com o paciente, de conhecê-lo e de realizar cuidados.

Para muitos dos entrevistados, o prazer no trabalho, em grande parte, reside nas atividades assistenciais; poder ajudar pessoas doentes que estão precisando de apoio, poder promover o bem-estar geral dos pacientes, conseguir recuperar um paciente de uma parada cardíaca, assim como acompanhar a evolução desde a admissão do paciente em estado grave que culmina em melhora e alta. As enfermeiras do noturno opinam que este turno de trabalho oportuniza, por serem doze horas de trabalho, mais tempo para terem maior contato com os pacientes, o que consideram ótimo.

Há, por parte das enfermeiras, um sentimento manifesto de ódio em relação às atividades consideradas burocráticas. Por outro lado, embora tido como uma "papitada" e sua associação às atividades burocráticas, referem sentir-se bem ao manusear o prontuário do paciente, pela possibilidade que confere de conhecê-lo melhor e oportunizar uma melhor abordagem. Salientam que as vivências e experiências dos pacientes devem ser consideradas para identificar suas necessidades para o estabelecimento dos cuidados de enfermagem adequados.

Os entrevistados concordam que há "muitos sofrimentos" no trabalho. Relatam que bastante dificuldades são vivenciadas, durante a trajetória profissional, pela própria natureza do trabalho e, especialmente, em ter que lidar com toda uma equipe considerada muito complicada.

Por outro lado, salientam que o cansaço é uma característica inerente ao trabalho hospitalar, não resultando, apenas, o cansaço físico, decorrente do desgaste profissional, por trabalhar demais. Há o desgaste da pessoa, originando-se desta situação um desânimo e um sentimento de não estar bem como pessoa nem como profissional, havendo um grande sofrimento e abortando qualquer manifestação espontânea de mudanças.

Os entrevistados enfatizam que, apesar do trabalho da enfermagem ser contínuo, há a cobrança de uma certa terminalidade a cada troca de turno, responsável pelos "atritos e aborrecimentos" entre os que estão entrando e aqueles que estão saindo. Muito embora compartilhem e vivenciem as mesmas dificuldades, o pessoal que inicia considera como uma situação ideal que o pessoal do turno anterior, ao sair, deixe o material e demais condições à disposição, na expectativa de poderem dar continuidade ao serviço.

Percebem que o fato de trabalhar, na maioria das vezes, com doença, sofrimento e morte origina, em si, sofrimento. Alguns entrevistados consideram que lidar com a morte é "apavorante", sentindo-se, como pessoas, despreparados para tal. Relatam que acompanhar o agravamento gradativo do estado do paciente, a cada plantão, aborrece, angustia e apavora bastante.

Por outro lado, referem sentimentos de ambivalência, que afloram em relação ao paciente em estado grave: percebem a morte como um descanso mas, ao mesmo tempo, em sua iminência surgem sentimentos de sofrimento, ao presenciarem sua angústia, clamor e agonia e o desespero dos familiares. Por sua vez, os questionamentos decorrentes da incerteza, quanto a se todo o possível foi feito ou se houvesse melhores condições, geram desgaste e muito sofrimento.

Para muitos, lidar com pacientes terminais é considerado horrível, detestando esta situação porque as coisas que realizam são percebidas, de antemão, como sendo "inúteis". Gostam quando o paciente conversa e diz o que está sentindo mas consideram

horrível cuidar de pacientes comatosos. Fazem tudo que podem mas não consideram "normal" alguém gostar de trabalhar com este tipo de paciente.

Os entrevistados que trabalham ou já trabalharam com pacientes aidéticos consideram que trabalhar com este tipo de paciente é a pior coisa que existe, dentro do hospital, pelo fato de lidarem, frontalmente, com a morte. Salientam que trabalhar com a morte é muito desgastante porque não houve um preparo adequado para trabalhar com esta situação, principalmente, por se tratar, na maioria das vezes, da morte de um paciente jovem, que teria muito tempo de vida pela frente mas que, após algumas poucas internações, certamente, evolui ao óbito. Enfatizam que, durante o tempo de formação, a ênfase recaía em serem oportunizadas melhores condições de vida ao paciente; uma vida digna, apesar da doença. No caso de doenças terminais, a ênfase tem recaído no preparo para a morte; uma morte digna, com o menor sofrimento possível.

Relatam sentirem-se "mal" ao presenciar cenas de sofrimento, especialmente, de pacientes aidéticos e familiares, porque sofrem em trabalhar com eles, mas a tristeza é dissimulada para não demonstrarem "fraqueza" e "transmitir força". Alguns consideram que a pessoa para cuidar de aidéticos tem que apresentar características pessoais que a capacitem a "suportar" este tipo de trabalho, para não "enlouquecer". Salientam que o contato mais prolongado e contínuo, ao manterem-se fixos trabalhando com este tipo de paciente favorece o estabelecimento de um maior vínculo afetivo, tornando a pessoa mais vulnerável, emocionalmente. Percebem o rodízio como necessário para a não exposição a um sofrimento muito intenso, durante um período de tempo maior. Afirmam que mesmo um salário muitas vezes superior não compensa um sofrimento muito intenso, durante um longo período de tempo.

Há, por outro lado, aqueles que relatam terem gostado de trabalhar com pacientes aidéticos, por considerarem as condições de trabalho oportunizadas "bem melhores", ao

disporem de mais material. Afirmam que o trabalho com aidéticos, por serem pacientes terminais, conduz à aceitação da morte, pelo conhecimento da doença e de suas conseqüências. Enfatizam que o conhecimento do trabalho a ser desenvolvido junto aos aidéticos e a certeza da iminência da morte conduzem ao desenvolvimento de mecanismos com vistas a um menor envolvimento com o sofrimento do paciente e familiares mas, mesmo assim, há sofrimento.

Para os entrevistados que trabalham na maternidade ou no centro obstétrico, tidos como locais onde "a alegria está mais presente", a ocorrência de situações anômalas, como aborto, principalmente de fetos grandes ou de natimortos, é considerada como "terrível" e "horrível". Consideram muito difícil trabalhar quando tem esse tipo de problemas, especialmente quando há necessidade de estimular e apoiar porque não se sabia que a criança ia morrer. Consideram normal comover-se e ficar triste ao presenciarem o sofrimento e o desespero dos outros, quando acontece um caso de natimorto ou aborto. Apesar do pouco contato, pela própria natureza do serviço, sofrem e atribuem este sentimento pela pessoa do familiar. Realizar os cuidados com o corpo, após a morte, é visto como horrível. Por sua vez, vestir o "nenezinho morto" é considerado como uma das piores coisas que existe no trabalho.

Os entrevistados relatam que, apesar do sofrimento ser bastante, o prazer obtido no trabalho que realizam faz com que permaneçam trabalhando na área. Apesar de momentos de angústia no trabalho, de sentirem-se desestruturados, ao perceberem que poderiam fazer melhor aquilo que fazem, mesmo assim, têm prazer.

Concluem que o trabalho que realizam tem sofrimento mas tem também muito prazer porque, apesar de lidarem com a doença, com o sofrimento e a morte do outro, a possibilidade de desempenhar algum tipo de atividade recompensa. O trabalho em si

recompensa. Mesmo que não impeça a morte ou vença a doença, conformam-se em realizar a sua parte, pois o que depende dos outros deve ser realizado pelos outros.

4.4.2. - CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS

As informações apresentadas, nas vinte e nove categorias iniciais, foram agrupadas em novas categorias, de carácter mais abrangente, dando origem ao que denominamos de Categorias Intermediárias. A seguir, são apresentadas as oito categorias intermediárias, individualmente, precedidas do respectivo quadro demonstrativo do seu processo de derivação.

I - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO LOCAL DE TRABALHO

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
5 - CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE TRABALHO	Características do local onde realizam a maior parte de suas atividades	I - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO LOCAL DE TRABALHO
26 - O HOSPITAL COMO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS	O hospital como um local de aprendizado	

QUADRO 1 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO LOCAL DE TRABALHO"

O pessoal está iniciando e o nosso objetivo, no hospital, é formar profissionais. E eu também me encaixo nestes objetivos. Eu estou tentando me formar uma boa enfermeira, já que eu sou muito jovem (risos). Eu quero ficar sendo uma boa enfermeira, melhorar cada vez mais. Eu acho que eu vou conseguindo.

Entrevista 3 - Enfermeira.

Não tem! É! Dizer não tem é muito angustiante. Pro funcionário, dizer que não tem... e eu acho que pra mãe, também. A mãe vem, assim de fora, e chega aqui e diz assim: "pô! vou pro hospital universitário! Lá é ótimo, tem tudo"! Então, eu acho assim, que chega aqui, o que a imprensa diz aí fora... às vezes, chega aqui e não é. Não é a realidade. E que nem um quarto... sempre falam em quarto particular, que é tudo descartável. Eu fico angustiada mas eu digo: o que que é? "Ah! Não, porque é de primeira". Mas não é. A realidade não é de primeira, né?

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A Categoria Intermediária "O Hospital Universitário como Local de Trabalho" resultou do reagrupamento das seguintes categorias iniciais: "5 - Características do Setor de Trabalho" e "26 - O Hospital como Formador de Recursos Humanos".

Para os entrevistados, apesar da existência de preferências, muitas vezes não atendidas, sentir-se bem no local de trabalho é percebido como uma condição necessária ao prazer no trabalho, independentemente do setor. O Hospital Universitário, por suas características de formador de recursos humanos, atende às necessidades de aprendizagem e aperfeiçoamento, sendo visto como algo positivo. Por outro lado, tais características implicam a existência de um grande contingente de pessoas em formação, conseqüentemente, inexperientes.

As enfermeiras, cientes do compromisso com a formação de profissionais, especialmente de futuros enfermeiros, não raro, mesmo dispondo do material, improvisam para deixá-lo à disposição dos estagiários de enfermagem, proporcionando,

dessa forma, condições de executarem, corretamente, os procedimentos, muito embora, evitem improvisar, perante os mesmos. Sentimentos como irritação, raiva e sofrimento manifestam-se, ante uma postura percebida como desinteressada e displicente. Por outro lado, quando determinados cuidados foram deixados a cargo dos estudantes, surge a constante preocupação em certificarem-se se e como os mesmos foram realizados. Percebem tal situação como extremamente desagradável e que exige um auto controle muito grande, por consumir maior tempo do que aquele que seria dispensado por elas próprias, em sua realização.

Por outro lado, principalmente para os auxiliares de enfermagem, presenciar atos e atitudes incorretos, decorrentes da inexperiência, especialmente médica, constitui-se em situações geradoras de sofrimento no trabalho, conduzindo, muitas vezes, à fuga ou afastamento do local, onde as ações se desenrolam, sempre que possível, para não presenciarem procedimentos considerados inúteis ou desgastantes, tanto para o paciente como para a equipe de enfermagem. Entretanto, vêem a presença de estudantes de enfermagem como uma possibilidade de aprendizagem e de correção de hábitos viciosos adquiridos, em decorrência da dedicação às atividades eminentemente práticas.

Por sua vez, a inadequação das condições físicas e materiais do ambiente de trabalho, bem como sua precária manutenção, são percebidas como aspectos negativos à realização do trabalho. Uma área física mal estruturada, para as enfermeiras, impede o domínio do conjunto dos pacientes. Além disso, há a perda de tempo, em função dos constantes deslocamentos para atendê-los. Tais condições, quando presentes, causam um desgaste muito grande, traduzindo-se em sofrimento físico e mental.

São percebidas como contrastantes as condições de trabalho oportunizadas, nos diversos setores. Num extremo, a maternidade apresentando-se numa situação mais cômoda, em relação ao hospital como um todo, apesar de, também, não dispor de tudo o

que seja necessário. Isto é visto como um tratamento diferenciado, como uma regalia, sendo atribuído ao retorno em termos financeiros e de reconhecimento da comunidade ao trabalho realizado. Tanto a administração como a própria comunidade mostram-se mais sensíveis às solicitações do setor.

Por sua vez, principalmente na UTI Pediátrica e Neonatológica, a colocação em uso de equipamentos sofisticados, sem prévio treinamento e sua manutenção realizada por pessoal não autorizado, conduzem a sentimentos de insegurança quanto aos possíveis benefícios ou malefícios advindos de sua utilização. Além de ser um local muito estressante, o uso de aparelhagem pouco confiável torna-a mais traumatizante, ainda. Outro fato deprimente e gerador de muito sofrimento é a existência de equipamentos, de grande utilidade no auxílio ao tratamento do paciente, não disponíveis por se encontrarem avariados, sem manutenção, amontoados e rotulados como defeituosos, agravado pela falta de perspectivas de que venha a ser tomada alguma atitude pela direção.

Num outro extremo, desponta a clínica médica: um local de excessivo trabalho, de muitas exigências e de reconhecimento mínimo. É percebida como um local muito traumatizante, principalmente em decorrência do desvirtuamente de objetivos da criação de uma determinada enfermaria. Foi inicialmente criada para agrupar, mais próximo ao posto de enfermagem, aqueles pacientes mais dependentes dos cuidados de enfermagem. Uma forma de facilitar o trabalho, permitir maior domínio, evitar os constantes deslocamentos e, conseqüentemente, a perda de tempo. Tal desvirtuamento do objetivo original, fundado na diferença de percepção dos médicos, atribuiu ao local características de UTI, pela concentração de alguns poucos instrumentos mais sofisticados, porém, sem dotá-la de pessoal e material suficientes. O sofrimento decorre tanto do acúmulo de trabalho, como da piora das condições nas quais os pacientes internam, agravado pela ausência de uma infra-estrutura compatível com as exigências assistenciais.

II - A DIMENSÃO COLETIVA E CONSTRUTIVA DO TRABALHO HOSPITALAR

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
6 - O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO AMBIENTE DE TRABALHO	O relacionamento pessoal dos membros da equipe de enfermagem entre si, com os médicos e com os pacientes	II - A DIMENSÃO CONSTRUTIVA E COLETIVA DO TRABALHO HOSPITALAR
15 - O TRABALHO COLETIVO	O trabalho hospitalar como um trabalho coletivo	
24 - AS REUNIÕES DE TRABALHO	Frequência, forma e conteúdo das reuniões de trabalho	

QUADRO 2 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "A DIMENSÃO COLETIVA E CONSTRUTIVA DO TRABALHO HOSPITALAR"

Porque é muito difícil. Então, tu tens que te adaptar mais ou menos, fazer um olho branco. Não dá pra esquentar a cabeça com tudo o que acontece, senão, tu não vais conseguir trabalhar com ninguém. Então, a gente passa muita coisa, por cima. Se alguém faz alguma coisa errada, então, eu tento, discretamente, ir lá e arrumar. Eu não fico esperando ninguém fazer nada por mim. Porque o grande problema lá é que um fica esperando pelo outro. Se o turno da manhã não fez, o turno da tarde não fez porque o turno da manhã não fez, aí, o turno da noite não vai fazer...

Entrevista 7 - Auxiliar de Enfermagem.

Uma coisa que a gente está muito próxima, por estar estudando até para o concurso. Estão, ali, os direitos e deveres dos pacientes. (...) A enfermagem é tão exigida, em função da ética, em função do respeito para com o paciente, nos seus direitos, no seu estado, a parte humana respeita isso, respeita aquilo e dá apoio pra tudo quanto são problemas emocionais que possa ter e as outras categorias não agem da mesma forma. A gente se exige muito mais do que exige dos outros e o que os outros se exigem também.

Entrevista 6 - Enfermeira.

A Categoria Intermediária "A Dimensão Coletiva e Construtiva do Trabalho Hospitalar" resultou do reagrupamento das categorias iniciais "6 - O Relacionamento Interpessoal no Ambiente de Trabalho", "15 - O Trabalho Coletivo" e "24 - As Reuniões de Trabalho".

Para os entrevistados, as limitações profissionais e humanas ressaltam a necessidade do trabalho conjunto. O êxito deste trabalho em equipe, com diferentes formações, resulta do trabalho coletivo, no qual todos têm necessidade do trabalho de cada um. Há a consciência da importância e necessidade do trabalho da enfermagem, não só para concretizar atos médicos mas demais aspectos que constituem o cuidado. Portanto, o resultado do trabalho depende do grupo, não havendo um bom trabalho se o grupo não trabalhar bem.

Percebem como muito prazeroso poder realizar um trabalho junto a um grupo em que há um relacionamento amistoso e cordial e no qual a harmonia, a compreensão e o respeito mútuos imperam, inclusive, proporcionando momentos de descontração e de lazer. Compartilhar experiências, vivências e conhecimentos com os demais membros da equipe de saúde, especialmente, quando há um ótimo relacionamento com a equipe médica e, inclusive, liberdade de expressão para apresentar sugestões e pareceres, acerca de questões assistenciais, e vê-los serem considerados, torna o trabalho melhor e mais prazeroso. Por sua vez, a interação com o paciente, pelo contato direto, pelos laços afetivos e a amizade que se desenvolvem permitem a vivência de situações, no trabalho, que originam prazer.

No grupo de trabalho mais restrito à equipe de enfermagem, ao nível de unidade de internação, o relacionamento é considerado o melhor possível, como se todos pertencessem a uma mesma e grande família. A confraternização com os colegas de trabalho, tornando mais informal o relacionamento, permite, entre outras coisas,

desenvolver a capacidade para ouvir e aceitar críticas construtivas, percebidas como uma forma de ajuda ao crescimento pessoal e profissional, portanto, capaz de proporcionar prazer.

Compartilhar da intimidade dos outros abre a possibilidade de ajudá-los na resolução de seus problemas pessoais. Por sua vez, um relacionamento mais íntimo permite o desenvolvimento de um trabalho mais tranquilo e, portanto, mais prazeroso, junto à equipe.

O relacionamento com as enfermeiras e com a chefia de enfermagem imediata do local de trabalho é percebido, pela grande maioria, como ótimo, muito embora haja algumas referências à existência de tratamentos desiguais e de privilégios, que mesmo neutralizados pelo bom relacionamento reinante com os demais, gera sofrimento.

As reuniões periódicas com a equipe de trabalho são tidas como uma necessidade fundamental e entendidas como um espaço para compartilhar diretrizes estabelecidas pela coordenação de enfermagem, além de permitir discussões, encontrar formas e soluções para melhorar o trabalho e assegurar o bom andamento do serviço. Representam, também, possibilidades de avaliação do trabalho e de seus resultados. Sua falta é origem de muito sofrimento, por sonegar a possibilidade de expressar opiniões e sentimentos, de verbalizar o que consideram certo ou errado, enfim, de desabafar. Lamentam a inexistência de reuniões periódicas. Lastimam que sua ocorrência esporádica, motivada apenas por situações de crise intensa, se dê num clima de extremo autoritarismo, no qual imperam o desrespeito aos sentimentos dos subalternos e as reclamações, com predominância dos aspectos relativos à crítica de condutas e posturas, em detrimento da avaliação do trabalho e das condições de sua realização.

Na opinião dos entrevistados, as reuniões devem contemplar tanto reclamações como elogios; permitir colocar os assuntos em dia, para possibilitar intervenções a tempo

de corrigir possíveis distorções ou inadequações; favorecer discussões, em busca do entendimento, além de permitir o conhecimento dos pensamentos e opiniões dos elementos do próprio grupo, convergindo esforços para a realização de um trabalho muito melhor e mais prazeroso.

Entretanto, as reuniões têm sido esporádicas, na vigência de algum problema crítico e, além disso, geralmente restritas às chefias de unidade e coordenação, sem a participação dos demais enfermeiros ou funcionários. Mesmo assim, não raro, apesar da possibilidade de opinar e sugerir, a coordenação já vem com as coisas prontas e decididas.

As reuniões deveriam ser periódicas e convocadas independentemente de crises, permitindo aos participantes tranqüilidade e condições de expressar-se melhor e descartar sentimentos de mágoa, angústia, descontentamento e frustrações. Tais sentimentos, quando presentes, predispõem a brigas e discussões infrutíferas, dificilmente levando a algum resultado prático. Vêm, na possibilidade de falar coisas que estão incomodando, mesmo que não conduza a nenhuma atitude concreta, por parte dos superiores hierárquicos, como algo positivo e necessário.

A enfermagem, mais especificamente a enfermeira, tem se dedicado, além do seu trabalho inerente, à organização do ambiente de trabalho para os demais profissionais, não raro, uma tarefa quase impossível e, por vezes, sem reconhecimento. Caracteriza-se por estar sempre em busca de soluções aos problemas. Tal característica é vista como um defeito da profissão, pela tendência ao desvio de funções do próprio trabalho, exercendo outras que, pela lógica, competem a outros profissionais ou serviços. Este desvio é motivado pela percepção de que o envolvimento dos demais não se dá como o necessário, uma vez que se impõe uma série de atribuições relativas ao paciente, aos seus direitos e ao seu estado, não vislumbrando tal nível de exigência, por parte dos demais. Portanto,

ao recorrer a outros profissionais ou serviços, para a realização de um trabalho de melhor qualidade e tentar compartilhar os problemas e dificuldades, e não obter a resposta esperada, associada, ainda, à idealização acerca do hospital como um hospital universitário, geram sentimentos de intenso sofrimento no trabalho.

Por outro lado, ao perceberem determinadas atitudes como displicência em relação aos aspectos humanos, éticos, técnicos e de responsabilidade para com o paciente, ao não serem respeitados seus direitos e individualidade, não raro sendo tratado como um mero objeto de trabalho, as enfermeiras assumem uma postura de constante cobrança. As indisposições derivadas desta atitude conduzem a sentimentos de intensa angústia.

Atribuem à falta de uma reunião dos novos médicos residentes com a equipe de enfermagem o clima desagradável que se instala a cada início de ano. Apontam, por um lado, o desconhecimento que os novos médicos residentes têm das dificuldades da realidade hospitalar, das normas e rotinas e, por outro lado, suas atitudes, solicitações e inexperiência geram um grande desgaste que não se limita, somente, ao grupo de enfermagem mas estende-se ao paciente, quando o submetem a situações que poderiam ser evitadas, ao serem aceitas as opiniões ou sugestões emitidas pela enfermagem. Esta postura, por vezes, arrogante e auto-suficiente, gera grande angústia. O sofrimento decorre mais pelo desrespeito ao paciente do que pelo não reconhecimento da capacidade e experiência dos membros da equipe de enfermagem, pois a consciência da importância do trabalho que realizam permite lidar, satisfatoriamente, com a onipotência e os preconceitos do médico recém-formado.

Salientam que a falta de respeito, para com os demais, constitui-se num traço marcante da formação médica. Atribuem tal comportamento às idéias preconcebidas, acerca de si e dos outros, introjetadas a partir do que aprenderam e por imitação aos seus professores, que se manifestam pela tendência de falar em tom de voz mais alto e autoritário. Tal

tendência é exacerbada em situações de urgência ao solicitarem, ao mesmo tempo e aos gritos, as coisas de que necessitam. Esta forma de agir gera um clima de extrema intraquãilidade e pavor.

Devido a esse comportamento e para evitar a responsabilização pelas possíveis falhas, a enfermagem apresenta a preocupação e empenho constantes em manter as condições materiais necessárias para atender situações emergenciais para que, no caso de insucesso, este possa também ser compartilhado pela equipe médica.

A atuação médica tem se caracterizado pela falta de colaboração na organização e manutenção do trabalho e do ambiente, chegando, até mesmo, a contribuir para sua desorganização e, não raro, obstaculizando a realização do trabalho da enfermagem pela inobservância às normas de funcionamento do serviço. Por sua vez, a aparente inexistência de normas de conduta médica e a conseqüente desorganização do seu trabalho contribuem para a carência de condições para realizar um trabalho completo, o que torna o trabalho coletivo muito difícil. Por outro lado, decisões e atos isolados, não compartilhados com o grupo, são uma constante na forma de atuação médica, acarretando muito sofrimento pela dimensão que esta forma de agir pode adotar e suas implicações, não só no andamento do serviço, como em relação ao próprio paciente.

Devido a uma maior fundamentação teórica e técnica do cuidado pela enfermagem, confirmada pela prática, ocorrem situações conflitantes, em oposição a um embasamento médico teórico maior em disciplinas específicas, mas, por outro lado, não detendo os fundamentos teórico-práticos do cuidado. A displicência, em relação às técnicas do cuidado, portanto, motiva constantes e cansativas brigas, originando muitos conflitos e conduzindo ao sofrimento. Decorre disso a necessidade de cobrança contínua à observância das técnicas, rotinas e normas estabelecidas, pelo risco de caírem no esquecimento. Essa cobrança, porém, é realizada com maior facilidade e intensidade

junto ao pessoal de enfermagem, sendo negligenciados pelos demais. Essa eterna necessidade de cobrança é percebida, pelas enfermeiras, como extremamente desgastante e um dos maiores motivos de desgosto no trabalho.

Os entrevistados são de opinião que o hospital universitário possibilitou a mudança de imagem da enfermagem e do enfermeiro. Anteriormente, havia uma maior indefinição do seu papel e desconhecimento e desrespeito pelo profissional e pela profissão. Percebem ser possível questionar o saber médico, com base em seus conhecimentos, vivências e experiências, por sentirem-se no dever e no direito de poderem adotar tal atitude. Percebem que estão prevalecendo atitudes mais polidas, no relacionamento médico-equipe de enfermagem, como consequência de uma relação mais igualitária adotada pela enfermeira e do sentimento emergente que tem, em relação a si própria, como profissional de nível superior. Apesar dessa relação mais equilibrada, consideram que, ainda, há um árduo trabalho pela frente e que, apesar das mudanças e sentimentos de maior valorização, ainda permanece bastante arraigado o desrespeito pela enfermagem.

**III - DIFICULDADES E IMPOSSIBILIDADES DE REALIZAR O TRABALHO:
REPERCUSSÕES SOBRE O TRABALHADOR**

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
11 - SENTIMENTOS DE CULPA	Sentimentos de culpa em relação ao trabalho na impossibilidade de seu exercício adequado	III - DIFICULDADES E IMPOSSIBILIDADES DE REALIZAR O TRABALHO: REPERCUSSÕES SOBRE O TRABALHADOR
16 - CRÍTICAS E COMENTÁRIOS AO TRABALHO REALIZADO	Sentimentos frente às críticas e comentários feitos ao resultado do trabalho realizado	
22 - DILEMAS E SITUAÇÕES CONFLITANTES	Sentimentos frente às situações conflitantes e dilemáticas do cotidiano profissional	

QUADRO 3 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "DIFICULDADES E IMPOSSIBILIDADES DE REALIZAR O TRABALHO: REPERCUSSÕES SOBRE O TRABALHADOR"

De repente, a gente está brigando com o almoxarifado, principalmente. Então, tu tens que estar te indispondo com o pessoal pra conseguir determinadas coisas. E isso desgasta muito a gente, também. É um sofrimento. Eu acho que é um sofrimento, assim, porque tu não gostas de estar te indispondo porque nós somos colegas, nós trabalhamos em equipe. Todo o mundo, todos os setores.

Entrevista 14 - Enfermeira.

Houve uma época que eu me angustiei tanto que eu ia ficar sozinha e tinham trinta crianças. Eu acho que eu fiz errado mas eu não vim trabalhar. Não vim porque eu me desesperei, porque sabia que eu ia chegar aqui e eu não ia poder atender nem a terça parte. Então, eu ia sofrer mais. Então, eu não vim trabalhar. Ficou, inclusive neste dia, só a minha chefe.

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A Categoria Intermediária "Dificuldades e Impossibilidades de Realizar o Trabalho: Repercussões sobre o Trabalhador", resultou do agrupamento das seguintes categorias iniciais: "11 - Sentimentos de Culpa", "16 - Críticas e Comentários ao Trabalho Realizado" e "22 - Dilemas e Situações Conflitantes".

Para os entrevistados, o fato de poder retornar à casa "descansado", apesar de um dia de trabalho bastante cansativo e após a realização de tudo o que tinha que ser feito, é percebido como uma situação prazerosa. A incerteza quanto à possibilidade de realizar todas as tarefas, que são excessivas, no tempo disponível, e a realização de muitas coisas ao mesmo tempo e com pressa, muitas vezes, passando de uma à outra, sem havê-las concluído, são situações das mais angustiantes e causadoras de sofrimento no trabalho enfrentadas diuturnamente. O resultado do trabalho não corresponde ao volume do trabalho realizado, complicado, ainda mais, pela falta dos meios e demais condições relacionadas a outros serviços e profissionais do hospital.

Não raro, os médicos, bem como a própria administração, emitem críticas depreciativas ao trabalho da enfermagem, a partir de uma avaliação pouco criteriosa, com base nas aparências ou preconceitos, sem considerar as condições nas quais o trabalho se realiza. Tal fato gera sentimentos de profunda mágoa e a percepção de falta de reconhecimento pelo trabalho e esforço dispendido para atender aos pacientes. Apesar de muitos dos problemas parecerem ser compartilhados pelos médicos, a constante solicitação de melhores condições para realizar o seu trabalho soa como críticas à atuação da enfermeira ou da equipe de enfermagem ou, ainda, como atribuição de culpa pelo insucesso das ações. Muitas vezes, são internalizados os sentimentos de culpa imputados pela crítica ao trabalho realizado, sentindo-se realmente culpados, o que origina muito sofrimento.

A impossibilidade de agir é uma das coisas que mais provoca sofrimento e culpa, especialmente nas enfermeiras, devido à impotência frente à impossibilidade de ser realizado o trabalho, pela falta de autonomia e de poder decisório que sentem. Apesar do reconhecimento da ausência de culpa, culpam-se por aqueles que, supostamente, poderiam decidir. Além de mal-estar, percebem tal situação como de fracasso profissional.

Reclamações e julgamentos desabonadores, partindo dos demais elementos da própria equipe de enfermagem, são emitidos, por considerarem como displicência as impossibilidades de realizar as tarefas. Tais fatos aborrecem e desgastam bastante e evidenciam a incapacidade de se colocarem na situação do colega, apesar de, também, a vivenciarem plena e diariamente, ou seja, críticas são feitas, em relação ao resultado do trabalho, sem que as condições que levaram a tal resultado fossem consideradas.

Por sua vez, muita angústia decorre da impossibilidade de realizar o trabalho do modo concebido como o correto e conduz a atitudes de excessivo zelo, ao se sentirem muito responsáveis, motivado pelo medo de que algo ocorra e possa ser atribuído à negligência.

As enfermeiras percebem-se como um grupo desestimulado. Atribuem o desânimo, a desilusão, o desgosto, o cansaço e o trabalho tão sem prazer às atitudes e comentários depreciativos e, por vezes, jocosos, especialmente por parte de membros da direção. Tais atitudes são percebidas como indícios do pouco reconhecimento pelo trabalho que realizam, o que origina sentimentos e comportamentos hostis. Atribuem a desilusão com a profissão e muitos dos casos de desistência e abandono à falta de motivação e forças para lidar com tais atos de desprestígio.

Para os entrevistados, a qualidade do trabalho não depende apenas da vontade de querer realizá-lo melhor. Devem ser oportunizadas as condições materiais, humanas e

técnicas para tal. Por outro lado, há cobranças de maior atualização e aperfeiçoamento para promover melhorias na assistência, porém, tanto o baixo salário como a falta de auxílio não permitem condições para sua ocorrência. Além do mais, há a visão simplista e com a qual não concordam de que a falta de realização de um trabalho de mais qualidade está vinculada ao salário que recebem.

Se, por um lado, a necessidade constante de se indispor e "brigar" pela obtenção de condições para viabilizar o trabalho é percebida como extremamente desgastante e geradora de grande sofrimento e de um clima de animosidade, por outro lado, exige a adoção de atitudes amistosas, em busca de reconstruir, diária e continuamente, um ambiente de cordialidade.

Avaliar, constantemente, as vantagens e desvantagens do uso de equipamentos avariados gera bastante angústia. Decidir quem receberá determinado tipo de cuidado, com base no critério de maior necessidade, causa sofrimento, por representar a sonegação do cuidado aos demais. As enfermeiras, por ficar ao seu encargo, na maioria das vezes, consideram como algo terrível e angustiante o ato de comunicar a morte do paciente aos familiares, decorrente, principalmente, dos vínculos afetivos que se estabelecem, especialmente, quando de um contato mais freqüente e prolongado.

IV - O TRABALHO COMO MEDIADOR DE REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
2 - O RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO	Sentimentos frente aos resultados do trabalho	IV - O TRABALHO COMO MEDIADOR DE REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL
3 - O RECONHECIMENTO PELO TRABALHO REALIZADO	Percepções do reconhecimento e valorização do trabalho	
20 - A EMPATIA E O ENVOLVIMENTO	Reações e sentimentos frente às situações vivenciadas pelas pessoas para as quais realizam o trabalho	
23 - A REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	Percepções frente ao tipo de atividade que realizam	

QUADRO 4 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "O TRABALHO COMO MEDIADOR DE REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Aí, quando tu sentiste que fizeste todos os procedimentos, o paciente chegou com parada e fizeste todos os procedimentos e ele reverteu, obteve melhora, é lógico que, aí, é uma satisfação. Porque o paciente chega com parada, ele chega com a morte. Aí, tu te sentes supervalorizada porque tu tens uma parte, ali, da sobrevivência daquele paciente, né?

Entrevista 17 - Auxiliar de Enfermagem.

A angústia de não poder fazer as coisas melhores e o prazer de conseguir ver o paciente sair bem, de ver eles chegarem lá e, na hora de sair, agradecer muito. A coisa assim, isso aí eu sinto muito prazer. Eu acho que essa é a nossa meta. Conseguir que todos saiam. Ontem mesmo, chegou uma pra mim e disse assim: "ai! vou trazer uma caixa de bombom!" Não, mas eu não quero esse tipo de favores! (...) Não! Mas eu não quero uma caixa de bombom. Eu quero que ele saia bem. Eu só quero que ele chegue, aqui, que seja bem tratado e que saia bem. O meu

presente é esse. Eu quero que ele saia bem. Bem com o hospital, bem com a gente.

Entrevista 14 - Enfermeira.

A categoria Intermediária "O Trabalho como Mediador de Realização Pessoal e Profissional" resultou do reagrupamento das seguintes categorias iniciais: "2 - O Resultado do Trabalho Desenvolvido", "3 - O Reconhecimento pelo Trabalho Realizado", "20 - A Empatia e o Envolvimento" e "23 - A Realização Profissional".

Para os entrevistados, a afetividade ao trabalho e o conseqüente envolvimento resultam da possibilidade de sentir prazer. Por outro lado, o envolvimento com o trabalho e a interação com o paciente permitem conhecê-lo e identificar suas necessidades para objetivar a assistência, o que consideram algo bastante gratificante. A realização pessoal e profissional decorre, portanto, de poder realizar o trabalho, de executar procedimentos e cuidados diretos ao paciente, de contemplar o trabalho realizado e ver seus bons resultados, ou seja, de acompanhar sua evolução, melhora e alta e presenciar a felicidade dos familiares. Tais situações são percebidas como extremamente prazerosas.

Por outro lado, ter o trabalho valorizado, traduzido em comentários positivos, em demonstrações de agradecimento e de reconhecimento, partindo tanto dos pacientes como dos familiares, geram sentimentos de profundo prazer. Em suma, ter o trabalho reconhecido e valorizado por todos, inclusive pela direção, constitui-se em motivo de muito prazer no trabalho.

A atuação exitosa, em situações mais críticas, como a recuperação de um paciente mais grave e, principalmente, o sucesso nas manobras de ressuscitação, constituem-se em situações consideradas muito prazerosas e vistas como formas de obter realização no trabalho.

Para os entrevistados, o reconhecimento pelo trabalho, ainda, está muito restrito ao paciente. O paciente sempre dá um retorno pelo trabalho realizado, ao demonstrar gratidão e ao dar mostras de conhecer o profissional. A percepção geral é de que não há reconhecimento pelo trabalho que realizam, tanto pelos médicos como pelos próprios elementos da equipe de enfermagem, ao demonstrarem não valorizar o trabalho do outro, e, principalmente, pelas pessoas hierarquicamente superiores, evidenciado pela falta de estímulos, pelo descaso como tratam suas necessidades e solicitações e por, somente, apontarem as falhas, em detrimento dos acertos, apesar do máximo empenho e da inexistência, muitas vezes, de condições mínimas para realizar o trabalho. A falta desse retorno magoa muito e origina sofrimento no trabalho pelo desconhecimento se o trabalho desenvolvido atende ou não aos objetivos da organização.

Percebem que, atualmente, o trabalho da enfermagem está sendo, até, mais valorizado pelos médicos do que pelos próprios enfermeiros e professores de enfermagem, principalmente por aqueles que exercem cargos administrativos no hospital. Por sua vez, os diversos motivos alheios à vontade, que impossibilitam o exercício da enfermagem, tido como o correto, geram muita tristeza. A resignação e a impotência, frente à impossibilidade de poder aliviar o sofrimento, e o sentimento de inutilidade do esforço empreendido, ante à inevitabilidade da morte, geram sentimentos de frustração, ao restar, apenas, permanecer junto ao paciente e presenciar seu clamor e agonia, o que por si só é bastante doloroso.

Acompanhar as diversas internações do paciente até o óbito, também, é motivo de muito sofrimento, pelo fortalecimento dos vínculos afetivos que se desenvolvem, além dos questionamentos que surgem, acerca de que se todo o possível foi realmente feito.

Por outro lado, acreditam que lidar com a doença e perceber que o sofrimento é comum a todos, torna-os mais humanos, aprendendo a compreender melhor as outras

pessoas. Colocar-se no lugar do outro, apesar do sofrimento que isso implica, constitui-se num forte motivo para a realização de todo o possível e da melhor maneira para minorar o sofrimento alheio.

Para os entrevistados, o sofrimento com a morte era maior, no início da profissão. A convivência com a possibilidade de sua ocorrência tem conduzido a uma maior tolerância e menor percepção do sofrimento. Por outro lado, o sofrimento com a morte pode ser atenuado ou agravado conseqüente às avaliações das condições do paciente ou da ocorrência ou não de falhas, no atendimento, decorrentes da inexperiência da equipe.

A morte, mesmo quando inevitável, gera sofrimento mas este é percebido como muito maior quando seria possível ter sido evitada ou quando ocorre abruptamente, apesar de um bom prognóstico. Por sua vez, a morte de uma pessoa quanto mais jovem é percebida como mais traumatizante e a sua ocorrência em crianças é geradora de um sofrimento muito maior.

Sentimentos contraditórios se manifestam, diante do fato de lidarem com o sofrimento e a morte de outrem. Apesar do sofrimento que sentem, por gostarem do que fazem, podem sentir-se felizes e realizados com aquilo que fazem.

V - OS MEIOS PARA VIABILIZAR O TRABALHO: IMPACTO SOBRE O TRABALHADOR DA ÁREA

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
8 - OS RECURSOS PARA REALIZAR O TRABALHO	Recursos humanos e materiais oportunizados pela organização hospitalar para realizar o trabalho	V - OS MEIOS PARA VIABILIZAR O TRABALHO: IMPACTO SOBRE O TRABALHADOR DA ÁREA
27 - A PROTEÇÃO NO TRABALHO	Situações de risco presentes no trabalho	

QUADRO 5 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "OS MEIOS PARA VIABILIZAR O TRABALHO: IMPACTO SOBRE O TRABALHADOR DA ÁREA"

Ai! é uma sensação terrível! É uma sensação de impotência. Então tu tens coisas pra fazer e não tens como e, aí, então, tu tens que improvisar. E nós improvisamos muito, muito, muito... A gente não tinha luvas, então, a gente passava sonda com o reverso do saco plástico. Era uma sensação muito triste. A gente não sabia nunca o que viria. A gente não sabia o que esperar.

Entrevista 13 - Enfermeira.

Já deu uma época que não tinha nem luva. Tu trabalhas com paciente aidético e, nem por isso, as internações de aidéticos foram bloqueadas, como a gente pediu, né? A gente pediu que... Não bloqueasse a internação de aidético, mas que diminuísse porque era coisa desenfreada e tu não tinhas luvas, usavas sacos de soro pra colocar, na mão, pra tu ires trocar um soro de paciente aidético, né? (...) A equipe tinha muito medo e a gente, como coordenador de equipe, tem que ter um pouco mais de jogo de cintura pra segurar a situação. Então, te dá um desgaste eu acho que duplamente maior do que só ir ali e trabalhar com eles. (...) Muito medo. Bastante medo. É muito sofrimento, né? de... Medo tu tens de adquirir a própria doença, né? Porque tu pensas assim: pô! eu estou aqui pra fazer alguma coisa de positivo e não pra me contaminar, né? Com precárias condições de trabalho, as chances que tu tens de te contaminar são muito maiores, né? Se tu tens boas condições de trabalho, até eu acho

que o medo não seria tanto, né? Mas com precárias condições de trabalho, tu tens muito medo de lidar com isso, né?

Entrevista 9 - Enfermeira.

Para os entrevistados, o prazer no trabalho resulta de ter condições materiais, humanas e técnicas para realizá-lo. As carências de material básico e especializado e, inclusive, de proteção individual dificultam sua realização ao máximo, pela necessidade de sua constante e frenética busca, nos demais setores do hospital, que só cessa após esgotadas todas as alternativas possíveis e imagináveis. Tal postura obstinada e, por vezes, bastante agressiva, gera atritos com os demais profissionais destes setores, o que interfere no relacionamento interpessoal. A situação originada, daí, é considerada como um dos principais motivos de sofrimento no trabalho agravada, não raro, pela não obtenção do material, apesar de todo o esforço e tempo investidos. Não conseguir o material pode induzir a julgamentos desabonadores ao ser considerado como acomodação ou falta de interesse ou, ainda, como incompetência, especialmente da enfermeira, ao não prover os meios de trabalho aos demais.

Por outro lado, a carência dos meios materiais interfere no andamento do serviço levando à perda de um tempo que poderia ser destinado à assistência. Cansaço, estresse e sentimentos hostis, como raiva, fúria e irritação emergem, quando não são oferecidas as condições para a realização do trabalho. Apesar do desejo de ajudar e do desejo de fazer, conduzem, ao serem extrapolados todos os limites de paciência, à perda de motivação, ou seja, quando finalmente possível realizar o procedimento, acaba sendo feito mais por obrigação, ao ser suplantada a vontade de realizar a tarefa, gerando uma sensação de desprazer com o trabalho.

Há a constante preocupação com a falta de condições para realizar o trabalho entendido como o correto. A impossibilidade de realizá-lo, corretamente, devido à

precariedade e à falta de meios, portanto, impossibilitando de atender à demanda de assistência, origina muito sofrimento e impede sentimentos de realização profissional. Sentimentos de impotência emergem, ante à impossibilidade de atender às necessidades identificadas ou às solicitações dos pacientes, principalmente quando se constituem de condutas que deveriam ser adotadas, com base na simples avaliação de suas condições, independentemente de serem solicitadas.

O sofrimento pela falta dos meios para realizar o trabalho é compartilhado pela grande maioria dos membros da equipe de enfermagem. Porém, as dificuldades decorrentes da falta de material, equipamentos, pessoal ou demais condições para realizar algum procedimento prescrito parecem não ser compartilhadas pelo médico, cuja principal preocupação aparenta ser com a realização da tarefa. Por outro lado, mesmo cientes da falta de condições para a realização de determinado cuidado, continuam prescrevendo-o, embora, não cobrando mais sua realização. Porém, a angústia de não poder fazê-lo fica com a enfermagem que permanece mais próxima ao sofrimento e necessidades do paciente. Portanto, a responsabilidade médica parece se esgotar no momento da prescrição, principalmente ao serem prescritos procedimentos que, pelas limitações materiais, são impossíveis de realizar.

Por outro lado, o insuficiente número de funcionários, apesar da maior diligência dos presentes, inviabiliza a realização de todas as tarefas o que, geralmente, dá origem a reclamações, por parte do pessoal do turno seguinte, com o agravante de não poderem ser deixadas as condições necessárias para que se dê continuidade ao trabalho, interpretado, por sua vez, como displicência.

A insuficiência de pessoal, portanto, é origem de sofrimento, devido ao excesso de atividades que têm que ser divididas entre o pessoal disponível. Porém, dispor dos meios materiais, mesmo com um menor número de funcionários, apesar de cansativo,

possibilitaria a realização do trabalho, com menor sofrimento. Ter material possibilitaria realizar mais coisas, de forma mais bem feita, num menor tempo e por um menor número de pessoas. Mas, na situação presente, o que ocorre é a associação da falta de material com a falta de pessoal, tornando praticamente inviável a realização de um trabalho qualificado, situação esta percebida como terrivelmente angustiante.

Embora, a falta dos meios interfira na realização do trabalho, não impede que haja cobranças pelo resultado, principalmente em situações críticas. Além disso, os aparelhos e equipamentos colocados à disposição apresentam-se, pelo constante uso e pela falta de manutenção e escassez, geralmente, avariados sendo, portanto, pouco confiáveis, gerando sentimentos de apreensão e preocupação, pelas possíveis repercussões na saúde e na integridade dos pacientes. Por outro lado, induz, muitas vezes, a julgamentos desabonadores, acerca da competência técnica dos membros da equipe de enfermagem, ao serem constatadas discrepâncias entre os dados por eles verificados e os resultados obtidos pelos médicos ou estagiários, com seus aparelhos de uso exclusivo.

A incerteza quanto à continuidade de um tratamento que está obtendo bons resultados e por serem sabedores da necessidade de mantê-lo originam uma preocupação constante e grande insegurança e, conseqüentemente, sofrimento pois há o fantasma de que, a qualquer momento, pode vir a ser interrompido pela carência de condições materiais, traduzidas pela simples falta de algum medicamento ou equipamento ou por ambos. Portanto, as condições em que o trabalho se realiza, apesar da atuação em área de preferência, dificultam ao máximo a realização das tarefas, sobrepujando o prazer e motivando a alta rotatividade, que sobrecarrega os remanescentes, originando estresse.

Por sua vez, a escassez de material, além de atrasar o andamento do serviço, obriga a realizar o trabalho, muitas vezes, na base do improvisado. A improvisação é utilizada, portanto, como um recurso para viabilizar o trabalho. As adaptações

decorrentes da necessidade de improvisar originam, não raro, situações conflitantes, a partir da realização de um trabalho com o material inadequado, muitas vezes, impróprio à finalidade a que se destina. Podem ser percebidos como criatividade, quando resulta positivo, ou, caso contrário, percebidos como estressante pela insegurança e sofrimento que acarretam. Deparar-se com a falta de material e com a necessidade de evitar o desperdício, também, gera um sentimento horrível de sofrimento, pois as improvisações e adaptações, na maioria das vezes, conduzem a um maior gasto e, conseqüentemente, ao desperdício de recursos que poderiam ser aplicados na aquisição de materiais adequados a suas finalidades.

A impossibilidade de realizar a tarefa prescrita, pela total falta de material, inviabilizando até a possibilidade de adaptações e improvisações, desencadeia sentimentos de pânico e raiva e causam angústia e preocupação, conduzindo a um desgaste físico e mental, o que consideram a parte negativa do trabalho.

O material disponível para proteção individual no atendimento aos pacientes, além de insuficiente e devido ao constante uso, apresenta-se inadequado para ser utilizado, principalmente, no atendimento de pacientes aidéticos. Tal situação, ainda, tem como agravantes a alegação de não terem recebido um treinamento específico para lidarem com este tipo de paciente e a proibição expressa de ser solicitado este tipo de material ao almoxarifado, devendo ser pedido ao CME (Centro de Material Esterilizado) onde, quase sempre, não se encontra disponível, tanto em quantidade como em qualidade.

Para se protegerem dos perigos de contágio, recorrem a improvisações grosseiras e adotam medidas de redobrada atenção ao realizarem os cuidados, principalmente aqueles nos quais há maior possibilidade de contato com fluidos orgânicos. Medidas de eficácia incerta, na tentativa de reduzirem as chances de contaminação são utilizadas, no caso de algum acidente, porém, surgem dúvidas e sentimentos de angústia quanto à

possibilidade de terem se infectado. Por sua vez, a falta de informações e de um conhecimento mais aprofundado, bem como o fantasma da doença, geram sentimentos de muito medo e muito sofrimento que emergem, em decorrência do maior risco de contaminação que a inadequação das condições de proteção acarreta.

O pavor frente ao acidente é apontado como impedimento à comunicação de sua ocorrência aos órgãos superiores. Por outro lado, o descaso manifesto por estes mesmos órgãos à comunicação de tal tipo de ocorrência, ao não tomar nenhuma atitude com vistas à detecção de uma possível contaminação, conduz a uma carga de sofrimento assumida na solidão, não compartilhada com ninguém mais. As enfermeiras, na condição de líder da equipe, consideram como um desgaste, duplamente maior do que o próprio ato de assistir pessoalmente, ter que transmitir a sensação de segurança, nas condições que são oferecidas, a quem trabalha, diretamente, com pacientes aidéticos, por ser realizado, não raro, sem o material de proteção individual completo.

Por outro lado, o trabalho com os demais pacientes é percebido como mais imprevisível, por ser realizado sem material de proteção individual e pela incerteza quanto a portarem ou não o vírus, sendo preferível, sob essa ótica, por ser mais seguro e dispor de melhores condições materiais, trabalhar com pacientes com o diagnóstico de AIDS confirmado.

A negligência da instituição, em nome da economia e em detrimento da segurança do pessoal, traduzida pela aparente falta de preocupação com as condições de trabalho oferecidas, bem como o aparente descaso médico e da própria administração às solicitações para redução do número ou suspensão temporária das internações de aidéticos, quando da carência de material, tanto para a assistência como para a proteção individual do trabalhador, são apontadas como geradores de sofrimento no trabalho.

Há a expectativa de que sejam oportunizadas condições que permitam realizar um trabalho de melhor qualidade. Um trabalho compatível com a imagem de um Hospital

Universitário, produzida pela mídia e induzida pela sua imponência arquitetônica, que faz alusão a uma realidade de recursos que não estão disponíveis, no cotidiano de trabalho. Vivenciar e ter que dar mostras da verdadeira realidade gera muita angústia, sendo um forte motivo de sofrimento no trabalho. Para tanto, há necessidade de um maior apoio administrativo e dos demais profissionais da saúde que atuam no hospital, especialmente dos médicos, para lutar pela aquisição de materiais, instrumentos e aparelhos tidos como básicos e necessários a uma atenção mais adequada e segura e de grande utilidade à prevenção de complicações e, principalmente, de iatrogenias.

VI - O TRABALHO DA ENFERMAGEM: IDEAL E REAL

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
1 - A MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO	Motivação ao trabalho, ao trabalho hospitalar e ao trabalho na área da enfermagem	VI - O TRABALHO DA ENFERMAGEM: IDEAL E REAL
13 - A VISÃO IDEALIZADA DA ENFERMAGEM	Percepções em relação à profissão e de como os demais profissionais a percebem	
19 - O SIGNIFICADO DO TRABALHO	O significado do trabalho e do trabalho da enfermagem em suas vidas	
29 - AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	Sentimentos em relação às características do trabalho da enfermagem	

QUADRO - 6 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "O TRABALHO DA ENFERMAGEM: IDEAL E REAL

E tu entras e tu precisas conhecer os pacientes, tu precisas medir os sinais vitais, daí a pouco, é a hora da primeira medicação e tu tens que

ver bem feito, tu tens que dar atenção ao paciente. "Ah! eu queria lhe perguntar isso! Ah! me alcança..." Aí, um paciente já está mal acomodado, tu vais arrumar o leito, tu vais acomodar. Aquilo ali, tu não tens assim: "Ah! em meia hora, tu vês os sinais vitais de todos". Mas não são só os sinais. No que tu entras, na enfermaria ou quarto do paciente, ele já precisa de uma coisa, tu tens que atender. Tu pões ele na comadre, tu arrumas o leito, tu encostas com o travesseiro, tu mudas de decúbito o paciente e, depois, tu vais ver os sinais. Aí, ele quer um pouquinho d'água, tu alcanças... Envolve tempo.

Entrevista 15 - Auxiliar de Enfermagem.

Agora, a enfermagem é um vício porque tu não ficas longe. A gente reclama, reclama que é ruim, reclama disso, reclama do plantão, reclama do salário, reclama do horário, reclama de uma série de coisas, mas tu não ficas longe. A gente tem um gosto especial por isso aqui. Depois que tu entras, tu não abandonas mais. Eu não sei nem te explicar porque que a gente se envolve. Eu acho que é vocação. Só pode ser! Só pode ser a vocação! Mas é assim... é assim que eu me sinto. Se eu passo um mês de férias, em casa, quando chega no final do mês, eu tenho uma saudadezinha assim, sabe? de voltar.

Entrevista 13 - Enfermeira.

A categoria Intermediária "O Trabalho da Enfermagem: Ideal e Real" resultou do reagrupamento das seguintes categorias iniciais: "1- A Motivação para o Trabalho", "13 - A Visão Idealizada da Enfermagem", "19 - O significado do Trabalho" e "29 - As Características do Trabalho".

Para os entrevistados, o trabalho constitui-se numa das coisas mais importantes da vida. É a vida e a razão de viver. É uma forma de se manterem em atividade, de fazerem alguma coisa de útil, de relacionarem-se com outras pessoas. Algo que complementa a vida e a torna mais atrativa. Enfim, uma higiene mental que se concretiza pela possibilidade de escapar dos problemas da vida privada, ao proporcionar satisfação.

Portanto, num sentido mais amplo, o trabalho atende tanto às necessidades de ordem econômica como emocional. Não é apenas um meio de obter e garantir o sustento,

mas uma forma de prazer, de auto-satisfação, de auto-valorização e realização, enquanto pessoa.

Vêem o trabalho da enfermagem como algo sublime, grandioso, que enobrece e confere identidade a quem o realiza. Apesar de não serem valorizados como percebem que deveriam, tanto o pessoal da enfermagem como a própria profissão, o amor e a dedicação ajudam a superar os problemas e a realizar um trabalho que recompensa e origina prazer.

A enfermagem, além de um trabalho, é uma profissão. Por estarem na profissão que querem e gostam e por adorarem o trabalho no hospital e de cuidar de pessoas, mantêm-se firmes, apesar dos "sacrifícios", porque realizam o trabalho com prazer, por gostarem do tipo de trabalho e do próprio local de trabalho. Percebem como uma obrigação ética e moral, desvinculada do salário, o tratamento que devem dispensar ao paciente.

Por sua vez, a perspectiva de estar fazendo alguma coisa de utilidade e de positivo para alguém, de colocar em prática tudo o que sabem para ajudar na sua recuperação, aprendendo sempre cada vez mais, valorizando-se e sentindo-se valorizados, conferem um prazer imenso. Por outro lado, o prazer não está só em ajudar o outro mas na busca da própria satisfação da necessidade de ajudar o outro. Tornou-se uma necessidade, um "vício", um gosto especial pelo trabalho, difícil de ser abandonado, gerador de um vazio, diante da falta de estar trabalhando, após alguns poucos dias de afastamento. Tais sentimentos, atribuídos à vocação e ao conjunto de coisas que existem no trabalho e, principalmente, pelo que o trabalho significa e pelo prazer que proporciona, constituem-se no que consideram "uma forma masoquista de prazer".

Por outro lado, a emotividade é percebida como uma característica muito angustiante e que acarreta muito sofrimento, especialmente pela noção de que

demonstrações de sofrimento não são éticas, devendo ser evitadas, por representarem fraqueza, incompatível, portanto, com a fortaleza necessária aos atos de consolar e ajudar. Para os entrevistados, especialmente para as enfermeiras, a enfermagem tem se auto-imposto uma gama muito grande de obrigações e deveres, necessitando poderes sobre-humanos para poder cumpri-los. Porém, a idealização, acerca de si, sucumbe à realidade de não deter poder nem para decidir, o que acarreta grande sofrimento.

Da mesma forma, as expectativas, em relação ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem, especialmente por parte dos médicos, ultrapassam suas reais possibilidades. A culpa pela não realização de determinadas tarefas ou seu insucesso costuma recair sobre a enfermagem e o enfermeiro, por meio de julgamentos pejorativos ao seu desempenho, o que se constituem em motivos de muita insatisfação e sofrimento no trabalho.

Entretanto, para os entrevistados, o trabalho da enfermagem caracteriza-se por já ser bom, podendo tornar-se muito melhor e mais prazeroso, por meio da união da classe. A permanência num trabalho tão desgastante justifica-se pelo prazer que confere, pois o trabalho da enfermagem, em si, dá prazer. A forma como tem se desenvolvido, ao longo dos anos, vem proporcionando uma satisfação pessoal crescente e um incipiente mas progressivo reconhecimento pessoal e profissional. Não o consideram monótono pois não se restringe às atividades prescritas mas a uma diversidade de situações emergentes, durante os períodos de contato com os pacientes.

O contato direto é essencial, favorecendo a interação e oportunizando a ocorrência de manifestações de afeto e carinho, situações consideradas ótimas e gratificantes, que originam muito prazer no trabalho. Para as enfermeiras, especialmente, a realização de atividades junto aos pacientes, mesmo quando delegáveis, é indispensável para poder avaliar suas condições, além de poder desfrutar do prazer que o contato e o cuidado

diretos proporcionam. Há um gosto especial pela parte assistencial, pelo paciente em si, de conhecê-lo, de realizar cuidados, enfim, de ter um contato direto. O prazer no trabalho, em grande parte, reside nas atividades assistenciais: ajudar pessoas doentes, apoiar e promover seu bem-estar geral, acompanhar sua evolução, desde a admissão, em estado grave que culmina em melhora e alta, e, principalmente, obter sucesso, em caso de uma parada cardíaca.

Por sua vez, na opinião das enfermeiras, as atividades administrativas não dão tanto prazer, daí, o sentimento manifesto de ódio, em relação às atividades consideradas burocráticas, por representarem impedimentos ao contato direto e, conseqüentemente, o afastamento do cuidado direto.

Muitas formas de sofrimento são vivenciadas pelas próprias características do trabalho, ao ter que lidar, na maioria das vezes, com situações críticas do ser humano, como doença, dor e morte e, além disso, desenvolver um trabalho junto a uma equipe considerada muito complicada. Se por um lado, lidar com a doença, acompanhar o agravamento gradativo do estado do paciente, a cada plantão, geram sentimentos de pavor e angústia, por outro lado, sentimentos de ambivalência afloram, diante do paciente grave. A morte, embora percebida como um descanso, na sua iminência, ocasiona sentimentos de intenso sofrimento.

Por sua vez, trabalhar com paciente aidético é descrito como a pior coisa que existe dentro do hospital, pelo fato de lidar, frontalmente, com a morte e do sentimento de despreparo, principalmente, por se tratar de alguém geralmente jovem, que teria uma expectativa maior de vida pela frente, que certamente evolui ao óbito, após algumas poucas internações. O conhecimento da doença e de suas conseqüências conduzem à aceitação da morte e ao desenvolvimento de mecanismos de um menor envolvimento com o sofrimento, tanto do paciente como dos familiares, mas mesmo assim, há sofrimento.

Na maternidade ou no centro obstétrico, locais de vida e alegria, a ocorrência da morte é tida como extremamente terrível, tornando o trabalho muito difícil. Realizar os cuidados com o corpo após a morte é uma situação horrível e uma das piores coisas que existe no trabalho, especialmente, quando se trata de natimorto.

Apesar do sofrimento ser bastante, o prazer obtido com as coisas que realizam, embora limitados ao que gostam de fazer e a ajudar as pessoas, faz com que permaneçam trabalhando na área. A possibilidade de desempenhar algum tipo de atividade, mesmo que não impeça a morte ou vença a doença, origina prazer, pois, o trabalho em si recompensa.

VII - A AÇÃO ADMINISTRATIVA: INFLUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO E O TRABALHADOR

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
7 - A NORMATIZAÇÃO DO TRABALHO	As determinações emanadas da Direção e da Coordenação de Enfermagem	VII - A AÇÃO ADMINISTRATIVA: INFLUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO E O TRABALHADOR
9 - AS PRIORIDADES NO TRABALHO	Prioridades estabelecidas pela administração para o desenvolvimento do trabalho	
10 - AS DECISÕES DA ADMINISTRAÇÃO	Sentimentos em relação a algumas decisões da administração	
12 - AS FORMAS DE RESISTÊNCIA	Possíveis enfrentamentos ao poder instituído	
17 - A POSTURA ADMINISTRATIVA DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO	A atuação da Direção, em geral, e da Coordenação de Enfermagem, em particular	
21 - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO ÀS CHEFIAS	Sentimentos em relação às chefias a que estão subordinados na hierarquia do Serviço de Enfermagem	

QUADRO 7 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "A AÇÃO ADMINISTRATIVA: INFLUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO E O TRABALHADOR"

Dormir, a gente não dorme. Nem dá esse tempo. Até, sentar e levantar as pernas dá pra fazer mas, pra dormir, não dá. A não ser que esteja muito calmo, se dá umas cochiladas, mas assim, o posto eu atendo. (...) Não é permitido. É baixado até norma. Sabe que eu nem sei se é por escrito? Eu sei que, quando a gente vai pras reuniões, a preocupação é quem é que dormiu, quem deixou de dormir. Apesar, que eu permito que as gurias levantem as pernas, que elas cochilem, que elas estudem. Eu também faço isso. E tem muita gente que faz. Não é dormir, pegar no sono... mas sempre tem alguém alerta.

Eu acho que a enfermagem, hoje, do hospital universitário está muito sofrida, né? Acho que não só pelo que vive agora, mas por muitas coisas que viveu e que desgastou o grupo, né? Desgastou aquele ser enfermeiro, assim, do hospital universitário porque se tinha muita garra, quando o hospital começou. (...) E a gente comenta muito isso, entre nós, assim, pelo corredor: Cadê a nossa enfermagem de antigamente que trocava armário, que se empuleirava nas coisas pra limpar, tirava teia de aranha e ia à luta? Hoje, tu propões isso pra alguém, está todo o mundo meio de saco cheio, ninguém quer saber de mudar armário, de pensar em inovações. Tu fazes aquilo que tu tens que fazer e tu tentas fazer bem feito aquilo que tu tens que fazer, mas ninguém pensa em coisas novas, ninguém tenta mudar, ninguém pensa em inovar e colocar coisas novas porque tu tens um desgaste muito grande, eu acho, né? (...) Acho que falta de incentivo. Acho que muito de falta de reconhecimento daquilo que tu fizeste, né? Daquilo que a gente fazia, há muito tempo atrás. Um pouco assim de castração, né? (...) ... a gente passou por um processo assim, de que se tu quisesse fazer, se tu tivesses boas idéias, tu não podias ir muito adiante, né? Tu não podias ter muito boas idéias, dentro do hospital. Tu tinhas que fazer aquilo ali e deu! Tu não podias ser muito melhor.

Entrevista 9 - Enfermeira.

A Categoria Intermediária "A Ação Administrativa: Influências sobre o Trabalho e o Trabalhador" resultou do reagrupamento das seguintes categorias iniciais: "7 - A Normatização do Trabalho", "9 - As Prioridades no Trabalho", "10 - As Decisões da Administração", "12 - As Formas de Resistência", "17 - A Postura Administrativa dos Órgãos de Direção" e "21 - Percepções e Expectativas em Relação às Chefias".

Para os entrevistados, a existência de normas e rotinas é necessária para realizar o trabalho, sendo considerado como algo ótimo, mesmo quando impostas, desde que positivas e factíveis. Porém, o estabelecimento freqüente de normas, sem discussão e sem uma prévia avaliação das reais possibilidades do grupo para cumpri-las, gera muito desgaste e sofrimento no trabalho.

Por sua vez, trabalhar, especialmente, no início de cada nova gestão, resulta bastante difícil porque, na maioria das vezes, a administração adota uma postura autocrática, não permitindo, ao conjunto dos trabalhadores, maior participação nas deliberações. Portanto, normas e determinações da administração, geralmente, de caráter proibitivo, cerceiam a autonomia das pessoas, ao imporem limites e impossibilidades, sendo seguidas à medida do possível, tornando-se sem efeito, com o tempo, quando absurdas e inviáveis.

O sofrimento no trabalho é atribuído, também, às incoerências administrativas. Se por um lado, pode haver a burla pela própria administração das normas de funcionamento do serviço, sem uma justificativa suficientemente plausível, por outro lado, seguir às normas pode se constituir em motivo de punições ou advertências. Tais situações são percebidas como constrangedoras e indignantes, por representarem desrespeito e falta de consideração, tanto para com os pacientes como para com os próprios funcionários.

O sofrimento também se manifesta ante a existência de normas de funcionamento de outros serviços que, aos serem colocadas em prática, interferem negativamente no trabalho da enfermagem, muitas vezes, até, inviabilizando sua realização. A preocupação e ações da administração direcionadas mais aos aspectos econômico-financeiros do que à saúde e proteção, tanto dos pacientes como dos funcionários, repercutem negativamente ao não priorizar os aspectos apontados pela enfermagem, inviabilizando a realização do seu trabalho. Tal fato traduz-se pela carência de materiais de necessidade óbvia e pela prioridade destinada à aquisição de aparelhos e instrumentos para uma maior facilidade e precisão diagnósticas, em detrimento de maior proteção, facilidade e segurança no tratamento.

Por sua vez, a decisão de não contratação de substitutos de férias ou folgas, entre outros, impõe um ritmo mais acelerado e intenso ao trabalho, originando um aumento das

exigências físicas e mentais decorrentes da escassez de recursos humanos, portanto, motivo de sofrimento físico e mental. A inexistência de uma estrutura específica para o atendimento de pacientes externos sobrecarregam o pessoal das unidades de internação, ao terem que destinar uma parcela do seu, já, escasso tempo no atendimento de tais pacientes. Por sua vez, a ausência de normas disciplinadoras da atuação médica, para desestimular a prolongada permanência de pacientes que poderiam realizar o tratamento a domicílio, tornam impossível liberar leitos que poderiam ser desfrutados por pacientes mais necessitados. Além disso, inexistente uma política de distribuição de recursos e materiais, o que não permite à equipe de enfermagem preocupar-se, apenas, com os aspectos assistenciais, gerando a necessidade de sua constante busca, nos demais setores do hospital. Portanto, tais situações também são percebidas como situações que contribuem, com grande parcela, para o sofrimento no trabalho.

Por outro lado, a possibilidade de poder reclamar da existência de algum problema a diferentes pessoas e a aparente indiferença e desconsideração às solicitações feitas, ao verificar-se que nenhuma delas solucionou tal problema, assim como a preocupação contínua, não compartilhada por quem deveria se preocupar, conduzem a sentimentos de impotência, diante das dificuldades enfrentadas, diuturnamente, pela enfermagem e, ainda, a alguns posicionamentos da administração geral e de não saber que atitude tomar face ao decidido, constituem-se em origem de muito sofrimento no trabalho. Atos de rebeldia, de desespero ou de enfrentamento, com vistas a solucionar problemas aflitivos, são adotados, na tentativa de forçar a administração, aparentemente indiferente, a tomar uma atitude considerada necessária. Porém, na maioria das vezes, o medo de retaliações, represálias e, inclusive, da demissão os conduzem à tática de falarem o menos possível e de trabalhar mais. Embora, tal fato não os impeça de solicitar aquilo de que necessitam para atender aos pacientes, a noção de ser empregado os impede de dizer aquilo que pensam ou necessitam para si, pelo entendimento de que verbalizar

opiniões pessoais nem sempre é bem recebido pela administração. Portanto, há o consenso de que, enquanto a enfermagem reivindicar coisas para o paciente, será tolerada, porém, o tratamento inverso, seguramente será dispensado pela administração, caso reivindiquem conquistas sociais e direitos para si.

A enfermagem do HU percebe-se como um grupo muito sofrido, desmotivado, cansado e cujo desgaste pode ser observado pela aparência física das pessoas ao apresentarem-se cabisbaixas, sem muita motivação e energia, o que atribuem à falta de reconhecimento, evidenciado pelo descrédito, que não fica restrito, apenas, aos médicos e direção geral, mas à própria coordenação de enfermagem, e, também, à sujeição a um processo de castração, que inviabiliza a colocação, em prática, de idéias inovadoras e de mudanças e que impõe limites, especialmente, à atuação do enfermeiro, dentro de uma hierarquia, onde há uma chefia para a qual não pode ser verbalizado o que se pensa e, não raro, nem o que se quer ou se necessita para realizar o trabalho.

Portanto, a falta de eco aos apelos e o descaso para com os problemas sentidos pelos escalões inferiores e a obrigatoriedade de realizar o trabalho, mesmo sem condições ou somente com alguma condição e, mesmo assim, após muita insistência, conduzem a sentimentos de indignação e à percepção de que tais sentimentos constituem-se em prováveis motivos de afastamento do grupo, em relação à coordenação. Por sua vez, o distanciamento da coordenação e o medo que a postura autocrática e ameaçadora adotada desencadeia, torna praticamente impossível qualquer tentativa de aproximação. Tal postura é percebida como uma afronta à dignidade e à integridade moral dos subalternos e faz emergir sentimentos hostis de muita raiva e, até, ódio por se sentirem fragilizados, em sua condição subalterna, e por vislumbrarem ser impossível a expressão de sentimentos ou de contra-argumentações, o que gera a vontade de praticar atos concretos de violência contra a figura do opressor.

Movimentos de resistência, atribuídos à falta de vínculos, manifestam-se por meio de reclamações e comentários velados, rejeição e recusa em cumprir as determinações emanadas da coordenação, pelo entendimento de que são resultado de ações isoladas e sem interação com o grupo. Mostrarem-se ocupados, sem se apresentarem disponíveis para executar outros procedimentos é uma tática de resistência adotada, porém, com a constante preocupação de prevenir retaliações ou atitudes punitivas. Tal preocupação tem sua razão de ser na percepção de que uma postura submissa do trabalhador é esperada e, até, apreciada e descartam o uso de alguma forma de resistência explícita ao vislumbrarem a possibilidade de conseqüências vistas como desagradáveis, dando origem a sentimentos de resignação e de impotência, pela necessidade de se manterem no emprego, porém com o ônus de se sentirem arrasados, tristes e magoados.

A coordenação não se faz presente o suficiente para saber dos problemas vivenciados, principalmente, à noite. Isto tem impedido uma avaliação mais apurada dos fatos, conduzindo a julgamentos, críticas e atos punitivos, sem considerar suas possíveis causas. Afloram, desta situação, sentimentos de mágoa pela falta de consideração, tanto pelo trabalho desenvolvido como pelo esforço do trabalhador. Portanto, a atuação de qualquer chefia, principalmente da coordenação, deve ser exercida de forma mais intensa, para inteirar-se da realidade do trabalho e supervisionar, dessa forma, tanto o trabalhador como o resultado de seu trabalho. Isto possibilitaria uma avaliação do desempenho, com críticas construtivas e não a simples adoção de atitudes de caráter punitivo, decorrentes de situações interpretadas como erros de conduta, pela ausência de uma avaliação mais apurada, conduzindo a críticas injustas e originando sofrimento, traduzido por sentimentos de profunda mágoa.

Por sua vez, transferências de setor ou de turno de trabalho são percebidas como situações geradoras de muita tristeza, mágoa, humilhação e aborrecimento, não só por implicar alterações significativas na vida pessoal e familiar mas por representar

desrespeito aos direitos de escolha e preferência, quando sem consulta prévia e, também, por se sentirem obrigados a aceitar as determinações impostas pelo medo da demissão. Além disso, a falta de orientação sobre o andamento do serviço de um novo local de trabalho, com características, muitas vezes, totalmente diversas daquelas da experiência e afinidade profissionais pode, agravado pela inexistência explícita da filosofia, objetivos, funções e expectativas, ser percebido como descaso pela pessoa do trabalhador, gerando sentimentos de profunda mágoa e originando intenso sofrimento.

A expectativa, em relação à qualquer chefia, é de um tratamento amistoso, isento de atitudes ameaçadoras e agressivas. Orientar o andamento do serviço, avaliar e apontar erros e acertos, sempre de maneira franca e sincera, compete à chefia, pois a franqueza e a sinceridade são condições tidas como necessárias ao prazer no trabalho. Por outro lado, o cinismo permeando as relações entre chefe e subordinados, a existência de privilégios e tratamentos desiguais não são apreciados e são considerados como motivos de sofrimento no trabalho.

Em relação ao setor de trabalho e à chefia mais próxima, apesar da hierarquia, existe um relacionamento excelente, onde impera o respeito mútuo entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem, com sentimentos de amizade e admiração, principalmente pelas enfermeiras a que estão diretamente subordinados, num clima que favorece a realização do trabalho. As enfermeiras são percebidas como um recurso, tanto para resolver dúvidas como quando há necessidade de improvisações para realizar o trabalho e como responsáveis por encontrar soluções, quando na impossibilidade de realizar a tarefa. São vistas como alguém disponível e pronto a ajudar, nos momentos de dificuldades, orientar, dirimir dúvidas, transmitir segurança, compartilhar responsabilidades e administrar a unidade para o bom andamento do serviço.

Por sua vez, as enfermeiras se atribuem uma série de obrigações, em decorrência do cargo que ocupam, dentre os quais, providenciar tudo o que seja necessário para a atividade assistencial e deixar disponível para todos, em geral, e para o médico, em particular, disso resultando sua contínua busca pelo material. Também apresentam a preocupação constante em demonstrar competência técnica, dessa forma, apresentando-se aptas para resolver e tomar conta das diferentes situações que, porventura, se apresentem.

Para os auxiliares de enfermagem, estar subordinado a uma enfermeira significa receber ordens diretas somente de uma única pessoa, portanto, mais difícil de serem desrespeitados por outros profissionais. Trabalhar junto a uma enfermeira que conhece o trabalho é considerado ótimo. Mesmo que possuidores de um saber resultante das vivências e experiências práticas, as limitações que o cargo de auxiliar de enfermagem determina, exige o respaldo técnico do profissional de nível superior da área.

Para os entrevistados, recursos deveriam ser destinados ao aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem, principalmente para as enfermeiras, para instrumentalizá-las com conhecimentos profissionais que desenvolvessem sua visão administrativa e sua capacidade de argumentação, para poder, dessa forma, participar efetivamente do estabelecimento das necessidades e prioridades dos recursos a serem colocados à disposição das atividades assistenciais, o que, certamente, implicaria um trabalho muito mais qualificado.

VIII - INFLUÊNCIAS DO TRABALHO NAS NECESSIDADES E NA VIDA PESSOAL E PRIVADA DO TRABALHADOR

CATEGORIA INICIAL	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
4 - A REMUNERAÇÃO PELO TRABALHO	Sentimentos em relação ao salário frente ao trabalho realizado	VIII - INFLUÊNCIAS DO TRABALHO NAS NECESSIDADES E NA VIDA PESSOAL E PRIVADA DO TRABALHADOR
14 - A JORNADA DE TRABALHO X O VOLUME DE TRABALHO	Horários de trabalho e volume de trabalho frente ao tempo disponível	
18 - O CORPO COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO E A OTIMIZAÇÃO DO TEMPO	Exigências a que estão submetidos e, no caso das enfermeiras, submetem e submetem-se, no trabalho	
25 - EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO FUTURO	Alternativas para a vivência de situações mais prazerosas e de menor sofrimento no trabalho	
28 - AS REPERCUSSÕES DO TRABALHO SOBRE O CORPO E OUTROS ASPECTOS DA VIDA	Influências e repercussões do trabalho sobre o corpo e a vida dos trabalhadores da área de enfermagem	

QUADRO 8 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA INTERMEDIÁRIA "INFLUÊNCIAS DO TRABALHO NAS NECESSIDADES E NA VIDA PESSOAL E PRIVADA DO TRABALHADOR"

Não dá (para descansar) quando é 12 horas e tu voltas no outro dia às 7 horas da manhã. Eu tenho a impressão que se segunda-feira eu tivesse folga, a semana transcorreria normal. No sábado, tu já estás arriada porque tu já passas a semana arriada, tu não descansas de domingo para segunda. Eu não consigo. (...) Deve ter gente que consegue. Mas eu acho que não, porque eu vejo todas com um ar de cansadas, todas têm um ar de estafadas. A "P", às vezes, está com olheiras. Eu vejo que ela está cansadíssima e eu vejo que ela parece que fica meio ar de distraída. Eu acho que é estafa, de tanta coisa assim. Porque, ali, é bem estafante mesmo. (...) Tu não páras um instante. (...) Porque tu tens quantos residentes solicitando, solicitando, solicitando pra ti. Tu és uma só. Fica

todo o mundo solicitando, solicitando e a gente tenta, na medida do possível, atender a todos. Eu, pelo menos, procuro atender a todos e não deixar furo.

Entrevista 3 - Enfermeira.

Estresse é uma patologia que pode ser bobagem mas que, realmente, interfere em muita coisa, em muitas pessoas. Eu mesmo já tive uma crise de estresse, por isso tive que sair de uma área que eu gosto muito e que eu pretendo voltar, ainda. (...) Naquela época, a crise que a gente estava passando, as condições de trabalho dificultavam ao máximo o nosso trabalho na UTI. Então, isso acabou sobrepujando o prazer que tinha. Naquela época, era falta de material, era falta de pessoal, a sobrecarga de pacientes, excedendo o número de leitos e havia um desmando administrativo. (...) Chegava um médico, a unidade ocupada, não tendo mais leito, não tendo mais funcionário para atender. "Não! Mas eu vou internar, eu vou internar"! Se a gente trancasse e nós trancávamos, vinha alguém da direção mandando internar.

Entrevista 6 - Enfermeira.

A Categoria Intermediária "Influências do Trabalho nas Necessidades e na Vida Pessoal e Privada do Trabalhador", resultou do reagrupamento das seguintes categorias iniciais: "4 - A Remuneração pelo Trabalho", "14 - A Jornada de Trabalho x o Volume de Trabalho", "18 - O Corpo como Instrumento de Trabalho e a Otimização do Tempo", "25 - Expectativas em Relação ao Futuro" e "28 - As Repercussões do Trabalho sobre o Corpo e Outros Aspectos da Vida".

Para os entrevistados, o trabalho da enfermagem é, por natureza, um trabalho estafante, que exige total entrega, onde todo o esforço, atenção e tempo é concentrado em sua realização. Portanto, os problemas da vida pessoal e privada ficam relegados a um plano secundário. A exposição freqüente a situações emergenciais e o grau de exigência que ocasionam conduzem a um estado que pode levar à exaustão das forças físicas e

mentais, com repercussões negativas, não só na qualidade do trabalho mas, também, na qualidade da vida pessoal e privada.

Se, por um lado, as constantes solicitações do trabalho, muito mais evidentes pelo senso de obrigatoriedade de cumprir as tarefas, devido ao hospital ser um hospital universitário, não permitem destinar um tempo específico para paradas, durante a jornada de trabalho, por outro lado, a falta de pessoal, as férias, as folgas, as licenças e as abstenções ao trabalho impedem deste intervalo ser determinado e um horário destinado para o lanche ou repouso, sendo as atividades interrompidas, somente, quando e se possível. Com freqüência, principalmente à noite, as necessidades fisiológicas dos funcionários ficam relegadas a um segundo plano pela impossibilidade, mesmo que por breves períodos, de afastamento do local de trabalho. Portanto, a inexistência de substitutos impõe aos remanescentes um trabalho muito mais intenso, o tempo torna-se exíguo devido ao excesso de atividades e as constantes solicitações dos médicos tumultuam, ainda mais, o ambiente de trabalho, tornando muito mais difícil realizá-lo. Muitas vezes, o cuidado não é realizado, apesar da permanência além do horário, pela falta de tempo; outras pela falta de condições materiais. Tais fatos, associados à impossibilidade de prestar uma atenção diferenciada e completa, gerando a sensação de grande mal-estar e de um trabalho inacabado, são causas de muito sofrimento no trabalho.

Há a esperança de investimentos que dotem o hospital com melhores condições materiais e humanas para poder realizar o trabalho, tornando-o muito melhor. Porém, há a preocupação de que sejam instalados novos serviços, apesar da precariedade das condições atuais, pelo entendimento de que tal situação ainda persistirá por um longo tempo.

O gosto pela realização do trabalho, a possibilidade de ocorrência de situações emergenciais, reforçados pelas recomendações emanadas dos superiores hierárquicos condiciona-os a manterem-se sempre ocupados motivando-os à procura de outras atividades para ocupar o tempo "ocioso". Tais fatos os levam a assumir e a desenvolver funções e atribuições de outras pessoas de outros serviços, pelo entendimento de que não há tempo a perder e de que a qualquer momento pode haver necessidade tanto dos materiais como dos equipamentos ou instalações que, quando não disponíveis, são percebidos como algo ruim e horrível, portanto, causador de sofrimento.

De uma maneira geral, a jornada de trabalho de seis horas diárias para o pessoal do diurno é apreciada e tida como não problemática à vida pessoal. O turno da manhã é apreciado, devido ao ritmo de trabalho que dá a sensação do tempo passar mais rápido, e considerado melhor que o turno da tarde, mais ocioso e parado, e do que o turno da noite, mais problemático e cansativo. Muitos dos trabalhadores do diurno, por se julgarem sem condições de trabalhar no horário noturno, referem sentir verdadeiro horror com a possibilidade de virem a ser mudados de turno. Por sua vez, os demais aspectos da vida são estruturados em função do turno de trabalho, sendo sua troca indesejada. Mudanças de horários conduzem a sentimentos de mágoa profunda e aborrecimento, principalmente, quando impostas e num horário que não respeite as preferências individuais.

Já para os trabalhadores do noturno, o horário de doze horas contínuas à noite é considerado bom, mas terrivelmente desgastante por ser em noites alternadas, situação esta complicada pela associação à necessidade de realizarem o trabalho doméstico e, muitas vezes, terem outro emprego. Por outro lado, o trabalho noturno, além de gerar transtornos fisiológicos, ao alterar os hábitos de sono e de alimentação, interfere na vida familiar e de relacionamento social, principalmente, quando em noites alternadas, pois determina que as pessoas vivam em função de um trabalho muito desgastante e mal

remunerado. Salientam que o regime noturno ideal, por já havê-lo experimentado, era o de uma noite de trabalho por duas noites livres, mesmo com o ônus da aparente redução do pessoal, por oportunizar um maior e mais completo descanso físico e mental, dando condições de agüentar uma noite de trabalho e ter satisfação.

Trabalhar aos finais de semana, característica inevitável ao trabalho da enfermagem e inerente a sua continuidade, é percebido como um duplo sofrimento. Um sofrimento por antecipação, percebido, até, como muito maior, no dia anterior ao próprio plantão e durante sua realização. Permanecer doze horas consecutivas, dentro do hospital, constitui-se em algo percebido como horrível, muito desgastante e cansativo, cujo comparecimento se dá mais por obrigação do que por vontade própria. O trabalho aos domingos ou feriados impõe restrições, principalmente, à vida familiar, cuja programação se dá em função do trabalho no hospital, conduzindo à necessidade de consultas à escala de serviço para programar as demais atividades junto à família. Portanto, a vida é organizada em função dos horários de trabalho e as justificativas para não se fazer presente a determinados eventos também são do âmbito do trabalho.

Os plantões aos finais de semana ou feriados eram melhor tolerados, no início da profissão, devido a maioria não ter ainda constituído a própria família. Além disso, eram percebidos como mais leves. Com o passar dos anos, a motivação foi esmorecendo, originando sentimentos de sofrimento pela sensação de trancafiamento e o hospital percebido como uma prisão. Apresentam algumas alternativas capazes de tornar a realização de plantões aos finais de semana mais toleráveis, entre elas, a de poderem almoçar em casa e retornarem para concluir o trabalho, a possibilidade de folga após um plantão de doze horas e a realização de plantões de seis horas. Esta última, apesar de considerada ideal, é prontamente descartada, pela maioria, pois comprometeria mais finais de semana, com maiores implicações na vida pessoal, familiar e no lazer. Além disso, implicaria a inexistência de folgas, durante a semana. Por outro lado, ficar preso

dentro do hospital, comprometendo um domingo, mas percebendo um salário capaz de oportunizar atividades de lazer, nos finais de semana livres, é visto como compensador pois um salário que inviabilize tais atividades, por ser pouco, tornam, ainda, menor a motivação para realizar plantões aos domingos, tornando-os mais cansativos, ainda.

O salário é considerado como muito pouco, péssimo até, percebido como extremamente injusto, pelo tipo de atividade e pela responsabilidade que têm, e gerador de desânimo, devido às restrições que impõe à vida pessoal, por não ser capaz, por si só, de garantir a sobrevivência com decência, obrigando muitos a trabalharem em mais de um emprego para conquistar condições de uma vida melhor. Constitui-se num dos principais motivos de sofrimento porque não corresponde ao esforço dispendido e porque traduz a falta de valorização do trabalho, demonstrando quão pouco o trabalho da enfermagem é reconhecido.

O conformismo e sujeição a um salário considerado pouco e que apenas complementa a renda resulta da necessidade de sobrevivência e da opção ou necessidade de permanecerem na cidade. Afirmam que trabalham não só pelo salário mas, principalmente, pela satisfação em exercerem a profissão que gostam, ou seja, trabalham mais pelo amor ao trabalho do que pelo que recebem. Portanto, a pouca remuneração não deve se constituir em impedimento à realização do trabalho nem autoriza um desempenho medíocre.

Por um lado, a falta de uma postura política expressiva e a própria acomodação da classe são percebidas como responsáveis pela atual situação. Por outro lado, o desinteresse quase total das autoridades governamentais pela saúde, destinando verbas insuficientes às necessidades do setor, torna difícil prestar a assistência e até melhorar os salários da área.

Por sua vez, as negociações por melhores salários com a administração são vistas como desanimadoras, difíceis e muito sacrificadas, sem retorno em termos de ganhos e, inclusive, de reconhecimento e apoio da própria categoria. As expectativas de uma vida futura mais promissora são colocadas numa pessoa percebida como capaz de mobilizar forças para conquistar melhores condições de trabalho e de maior valorização da profissão e conseqüente obtenção de um salário digno. Tais expectativas, até o momento frustradas, conduzem a julgamentos desabonadores à pessoa do representante, daí a grande dificuldade para que alguém se apresente para o exercício de tal função.

Principalmente os auxiliares de enfermagem consideram que o salário não é suficiente para proporcionar prazer mas não o consideram tão desesperador, levando-se em conta sua escolaridade. Porém, alguns deles têm esperança de cursarem uma faculdade para terem uma melhor remuneração, bem como condições de poderem revidar diante de situações percebidas como indignantes, por vezes, decorrentes do tratamento dispensado pela coordenação, o que não vem ocorrendo pelo medo de represálias ou demissão e por se perceberem impotentes.

4.4.3 - CATEGORIAS FINAIS

Conforme foi enfatizado, os dados das duas categorizações anteriores foram reagrupados, em um último esforço, para atingir novos níveis de compreensão das percepções dos entrevistados, resultando daí, as Categorias Finais. A seguir, são apresentadas as três categorias finais, individualmente, precedidas do respectivo quadro demonstrativo do seu processo de derivação.

O TRABALHO EM SI

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA FINAL
III - DIFICULDADES E IMPOSSIBILIDADES DE REALIZAR O TRABALHO: REPERCUSSÕES SOBRE O TRABALHADOR	Culpa e frustração frente às (im)possibilidades de realizar o trabalho ou aos seus resultados e às críticas decorrentes	O TRABALHO EM SI
IV - O TRABALHO COMO MEDIADOR DE REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	(Im)possibilidades de realizar o trabalho, seus resultados, com o reconhecimento e valorização conseqüentes	
VI - O TRABALHO DA ENFERMAGEM: IDEAL E REAL	O significado do trabalho e do trabalho da enfermagem, a necessidade de sentir-se útil e de ajudar e as condições que (in)viabilizam sua realização	

QUADRO 9 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA FINAL "O TRABALHO EM SI"

Ninguém é louco pra ficar num trabalho tão desgastante quanto este, por muito tempo, se não tiver algum retorno, em termos de prazer. Então, assim, o trabalho em si eu acho, eu acredito que traga prazer pra todos que tu fores entrevistar. (...) O trabalho em si, qualquer área, te dá prazer porque tu estás executando aquilo pra que tu foste formada, que te preparaste durante anos. E, no meu caso pessoal, eu acho que, até, fui muito bem preparada. Então, é um prazer tu estares executando aquilo para que tu foste preparada.

Entrevista 6 - Enfermeira.

Nós aprendemos, enquanto alunos, que tu és formado pra tentar melhorar as condições de vida do paciente, pra dar pra ele uma vida digna, apesar da doença... é, uma morte digna, né? Mas, na maioria do curso tu passas aprendendo assim, botar o paciente com melhores condições de vida, apesar da doença dele, da limitação da doença, aquele

negócio, tudo aquilo. (...) E, agora, a gente prepara muito o paciente, eu acho, pra morte dele, né? Eu acho que, exatamente, tu preparas pra isso. Pra ele ter uma morte com menos sofrimento possível, né? (...) Eu acho que é uma coisa bastante desgastante porque a gente não foi trabalhada pra trabalhar com a morte, né? Eu acho que a gente não é trabalhada pra isso. A gente é trabalhada muito pra ver a vida, assim, né? Pra ajudar a vida. Aí, quando tu te vêes com a morte, assim, te desgasta bastante.

Entrevista 9 - Enfermeira.

A Categoria Final "O Trabalho em Si" resultou do reagrupamento das seguintes categorias intermediárias: "III - Dificuldades e Impossibilidades de Realizar o Trabalho: Repercussões sobre o trabalhador", "IV - O Trabalho como Mediador de Realização Pessoal e Profissional" e "VI - O Trabalho da Enfermagem: Ideal e Real".

Os entrevistados, ao descreverem suas percepções, salientam aspectos inerentes ao trabalho em si que têm implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho. Entendem que o trabalho complementa a vida, constituindo-se numa das coisas mais importantes. Seu significado transcende ao simples atendimento de necessidades de ordem econômica ou emocional.

Uma das grandes motivações para o trabalho, na área da enfermagem, que emergiu da análise é a necessidade de ajudar e de se sentir útil. A perspectiva de estar fazendo alguma coisa de utilidade para ajudar alguém confere um prazer imenso. Percebem a enfermagem como uma profissão e não simplesmente um trabalho. Numa visão idealizada, ressaltam o trabalho da enfermagem como sublime, grandioso e nobre, no qual o amor e a dedicação auxiliam na superação dos problemas e na realização de um trabalho recompensador e prazeroso, que confere identidade.

Justificam sua permanência num trabalho tão desgastante pelo prazer que oportuniza pois o trabalho da enfermagem, em si, dá muito prazer. Ao não se restringir

às atividades prescritas, apresenta uma diversidade de situações emergentes, durante os períodos de interação com o paciente que, mesmo implicando a realização das mesmas coisas, não o tornam monótono.

Apesar das características de ser um trabalho que, na maioria das vezes, se desenvolve frente às situações críticas pelas quais passa o ser humano, como a doença, o sofrimento e a morte, há um gosto especial pelo trabalho que reside, principalmente, na execução de atividades assistenciais: ajudar pessoas doentes, apoiar e promover o seu bem-estar geral, acompanhar sua recuperação e alta e presenciar a felicidade tanto de pacientes como de seus familiares. Tais situações são percebidas como extremamente prazerosas.

Dessa forma, o trabalho apresenta-se como mediador de realização, enquanto pessoa e profissional. Esta realização pessoal e profissional decorre da possibilidade de executar os procedimentos e cuidados diretos ao paciente. Enfim, em poder realizar o trabalho e poder contemplar seus resultados. Uma forma de prazer extremo e que conduz ao pleno sentimento de realização decorre da atuação exitosa em situações mais críticas, como a recuperação de um paciente mais grave e, principalmente, o sucesso nas manobras de ressuscitação.

Por sua vez, ter o trabalho valorizado, traduzido em demonstrações de gratidão, evidenciadas pelos pacientes e familiares, em comentários positivos acerca do trabalho realizado e o reconhecimento geral, conduz a sentimentos de profundo prazer. Portanto, a afetividade ao trabalho e o conseqüente envolvimento resultam da possibilidade que vislumbram de sentir prazer; do prazer de retornar ao lar com o sentimento do dever cumprido, após a realização de tudo o que tinha de ser feito e apesar de um dia de excessivo e cansativo trabalho.

Muitas dificuldades e impossibilidades de realizar o trabalho são vivenciadas, no dia a dia dos trabalhadores da enfermagem, repercutindo, negativamente, sobre o trabalho que realizam, constituindo-se em fatores externos limitantes ao prazer e origem de muito sofrimento no trabalho.

A incerteza quanto à possibilidade de realizar o excessivo número de tarefas que lhes são impostas, diariamente, a impossibilidade de realizar o trabalho do modo concebido como o correto e, não raro, a impossibilidade total de agir são situações percebidas como causadoras de grande sofrimento no trabalho. A impotência, frente a essas impossibilidades, conduz a sentimentos de culpa e a atitudes de excessivo zelo, ao se sentirem muito responsáveis, motivados pelo medo de que algo ocorra e possa ser atribuído à negligência.

Portanto, sentimentos de impotência, culpa e medo emergem como tributários do sofrimento no trabalho, principalmente nas enfermeiras, em decorrência de se perceberem despossuídas da autonomia e do poder decisório necessários, ao resultar, como produto, um trabalho com uma qualidade que não corresponde ao volume do trabalho realizado, pela carência dos meios e demais condições relativas, não raro, a outros serviços e profissionais do hospital.

Além da auto-imposição de uma gama muito diversificada de obrigações e deveres, que para serem cumpridos exigem poderes sobre-humanos, há, também, expectativas médicas, em relação ao trabalho da enfermagem e do enfermeiro, que ultrapassam suas reais possibilidades. Especialmente as enfermeiras, dessa forma, confrontam-se, diariamente, com situações conflitantes e, até, dilemáticas.

Somente a vontade de querer fazer um trabalho melhor não é suficiente para garantir sua realização e sua qualidade. Portanto, são necessárias condições materiais, humanas e técnicas. A falta de tais condições gera a necessidade constante de sua busca.

Os conflitos que daí resultam conduzem, geralmente, ao desenvolvimento de um clima de animosidade, exigindo, após sua ocorrência, a adoção de atitudes amistosas, em busca da reconstrução diária e contínua de um ambiente de cordialidade, quase diária e continuamente destruído. Essa seqüência de eventos, percebida como extremamente desgastante, implica um intenso sofrimento no trabalho.

Por outro lado, as atividades administrativas ou burocráticas, às quais as enfermeiras devem se dedicar, não são apreciadas, por serem percebidas como impedimento ao contato direto, conseqüentemente, afastando-as do cuidado direto e privando-as de desfrutar do prazer que proporcionam.

Sentimentos intensos de preocupação e angústia resultam do uso de aparelhos e equipamentos avariados. Isto exige constantes avaliações de suas vantagens e desvantagens, agravado, ainda mais, pelo fato de terem que, muitas vezes, com base no critério de maior gravidade ou necessidade, decidir quem receberá determinado tipo de cuidado, constituindo-se em causa de sofrimento, por representar a sonegação do cuidado aos demais.

Por sua vez, sentimentos de profunda mágoa e a percepção da falta de reconhecimento pelo trabalho e esforço que dispendem para atender aos pacientes emergem, em decorrência das críticas depreciativas ao resultado do trabalho da enfermagem, a partir de avaliações pouco criteriosas, superficiais e, não raro, preconceituosas, tanto da parte médica como da administração, ao não serem consideradas as condições nas quais o trabalho se realiza. Tais críticas, percebidas como imputação de culpa pelo insucesso das ações, ao serem internalizadas, induzem a perceberem-se como realmente culpados, o que origina muito sofrimento, mal-estar e uma sensação de fracasso profissional.

As enfermeiras, principalmente, em decorrência dessas atitudes e comentários depreciativos, percebem-se como um grupo desestimulado, no qual predominam sentimentos de desânimo, desilusão, cansaço e desgosto privando-as de grande parte do prazer que o trabalho em si proporciona. Em geral, não há reconhecimento pelo trabalho realizado, o que é percebido como um motivo de sofrimento. Porém, o reconhecimento pelo trabalho e o prazer que confere tem se restringido, apenas, ao paciente, que sempre dá um retorno, por meio de seus gestos, atitudes ou palavras.

Sentimentos como resignação e frustração manifestam-se, ante à impossibilidade de concorrer para o alívio do sofrimento ou da morte do paciente. A morte, dessa forma, emerge como um motivo de sofrimento, por colocar a nu toda a impotência e a inutilidade do esforço ante sua inevitabilidade, restando, como última alternativa, manter-se ao lado do paciente e presenciar seu sofrimento o que, por si só, é percebido como bastante doloroso.

Salientam que, por outro lado, o fortalecimento dos vínculos afetivos, resultado do acompanhamento das diversas internações do paciente que culminam em óbito, além dos questionamentos que induzem, acerca de que se todo o possível foi realmente feito e apesar do envolvimento e da empatia, durante as interações, gera sentimentos de intenso sofrimento. Mesmo com o desenvolvimento de mecanismos, ao longo dos anos, com vistas a um menor envolvimento com o sofrimento, tanto do paciente como dos familiares, tal fato não os isenta de sofrimento que, dependendo da singularidade de cada situação, adquire graus de variada intensidade. Por sua vez, cuidar de pacientes aidéticos, significa defrontar-se, direta e diariamente, com a morte, colocando à mostra todo o despreparo em lidar com tal tipo de situação.

Para as enfermeiras, um sofrimento muito maior do que ter que lidar com a morte é o ato de ter de comunicá-la aos familiares, tarefa que, geralmente, tem ficado ao seu

encargo. Já para os auxiliares de enfermagem, os cuidados post mortem, uma das piores e horríveis situações pertinentes ao seu trabalho, é percebida como muito mais terrível, quando se trata de criança e, especialmente, de natimorto.

Por outro lado, a noção de que demonstrar sofrimento é mostrar uma fraqueza incompatível com os atos de consolar e ajudar, conduzem a situações angustiantes e muito sofridas ao simularem fortaleza, em detrimento do fluir natural da emotividade. Apesar do sofrimento, a possibilidade de poder fazer alguma coisa que conforte o paciente, mesmo não vencendo a doença e impedindo a morte, recompensa pois, contraditoriamente, o trabalho em si origina prazer.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA FINAL
II - A DIMENSÃO COLETIVA E CONSTRUTIVA DO TRABALHO HOSPITALAR	O trabalho hospitalar como um trabalho coletivo, construído pela participação ativa dos trabalhadores, com diferentes qualificações, comprometidos na sua organização e funcionamento	A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
VII - A AÇÃO ADMINISTRATIVA: INFLUÊNCIAS SOBRE O TRABALHO E O TRABALHADOR	As determinações, prioridades, decisões e posturas da administração e (im)possibilidades de resistência	
VIII - INFLUÊNCIAS DO TRABALHO NAS NECESSIDADES E NA VIDA PESSOAL E PRIVADA DO TRABALHADOR	As características do trabalho da enfermagem como um trabalho estafante e mal remunerado e das suas repercussões na qualidade do trabalho e da vida pessoal e privada do trabalhador	

QUADRO 10 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA FINAL "A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO"

O hospital está numa situação, assim, em que as coisas estão sendo muito impostas. Tudo é ordem de serviço. Tudo é proibido. Antes não era assim. Então a gente está sofrendo muito em função disto, da direção, do sistema que está direcionando o nosso trabalho, a direção como um todo. Tudo está muito totalmente na obrigação. Tem dias que a gente não tem nem vontade de ir trabalhar porque sabe que vai se incomodar o dia inteiro. As coisas não são conversadas, tudo é... Está num ponto assim, oh! Resolvem, lá na direção, tal coisa. Então, larga ordem de serviço que é proibido. A gente não tem muita autonomia pra fazer a coisa. Isso desgasta bastante, dá bastante sofrimento.

Entrevista 1 - Enfermeira.

Porque tu te esforças junto à administração, junto às pessoas que têm dinheiro, que têm poder de decisão na compra desse material, na aquisição desse material. Ou por terem desconhecimento do que se trata, ou porque não têm nenhum familiar passando por esta situação, ou porque têm outras mil prioridades, isso vai ficando pra depois. (...) Porque nós somos limitados. Eu sou uma enfermeira limitada, dentro de uma hierarquia aonde eu tenho um chefe e aonde eu não posso dizer tudo o que eu quero e nem o que eu penso. Isso é óbvio. Nós, diariamente, passamos por isso aí.

Entrevista 8 - Enfermeira.

A Categoria Final "A Organização do Trabalho" resultou do reagrupamento das categorias intermediárias "II - A Dimensão Coletiva e Construtiva do Trabalho Hospitalar", "VII - A Ação Administrativa: Influências sobre o Trabalho e o Trabalhador" e "VIII - Influências do Trabalho nas Necessidades e na Vida Pessoal e Privada do Trabalhador".

Os entrevistados, ao relatarem suas percepções, ressaltam aqueles aspectos da organização do trabalho que têm grandes implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho. O trabalho hospitalar, em decorrência de sua complexidade, apresenta uma dimensão coletiva, ao ser realizado por uma equipe de trabalhadores, com formações e graus de qualificação diversificados, que evidenciam a necessidade do trabalho conjunto, para sua concretização.

Portanto, para os entrevistados, o êxito desse trabalho coletivo depende do trabalho de cada um e seu resultado só será satisfatório mediante o desenvolvimento de um bom trabalho individual. Dessa forma, mostram-se conscientes da necessidade e importância do trabalho que realizam para o sucesso e o alcance dos objetivos assistenciais e, conseqüentemente, organizacionais.

Por sua vez, a dimensão construtiva do trabalho hospitalar está afeta, principalmente, aos aspectos do relacionamento interpessoal, no ambiente de trabalho. A harmonia, a compreensão e o respeito mútuo, quando presentes, e o conseqüente relacionamento amistoso e cordial, daí derivado, possibilitam momentos de descontração e, até, de lazer. A existência de um clima com tais características favorece o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimentos, além de oportunizar condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir, acerca de questões assistenciais que, quando acatadas ou levadas em consideração, conduzem à percepção de um trabalho melhor e mais prazeroso. Da mesma forma, a interação com o paciente permite, ao se desenvolverem laços afetivos e de amizade, serem vivenciadas situações que originam muito prazer no trabalho.

A confraternização com os colegas de trabalho, o desfrutar de maior intimidade e o relacionamento mais informal resultante permitem, além de compartilhar dos problemas pessoais dos demais e da possibilidade de ajudá-los na sua resolução, desenvolver a capacidade para ouvir e aceitar críticas construtivas, percebidas como uma forma de ajuda ao crescimento pessoal e profissional. Portanto, a confraternização e a intimidade e a conseqüente informalidade nas relações pessoais e profissionais favorecem o desenvolvimento de um trabalho de equipe solidário, desse modo, mais tranqüilo e prazeroso.

No grupo de trabalho mais restrito à equipe de enfermagem, propriamente dita, ou seja, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e a chefia de enfermagem imediata, independentemente do setor, o relacionamento pessoal e profissional é considerado, pela grande maioria, como ótimo e como o melhor possível. Apesar da hierarquia, sentimentos de amizade, admiração e respeito mútuos, responsáveis pelo relacionamento excelente, geram um clima que favorece a realização do trabalho.

Os auxiliares de enfermagem, principalmente, percebem as enfermeiras a que estão diretamente subordinados como um recurso, como alguém disponível e pronto a ajudar, nos momentos de dificuldades. Alguém que transmite segurança, orienta, dirime possíveis dúvidas, resolve questões pertinentes à necessidade de improvisações para realizar o trabalho ou que encontra solução à impossibilidade de realizá-lo. Enfim, alguém que compartilha responsabilidades e administra a unidade para o bom andamento do serviço.

Portanto, derivado dessa característica coletiva do trabalho em saúde que realizam, as enfermeiras se auto-impõem uma série de obrigações percebidas como desejadas, tanto pela direção como pelos demais profissionais que exercem suas atividades nos setores onde atuam. No entanto, ao se dedicarem à organização do ambiente de trabalho para os demais, tarefa quase impossível e, não raro, sem reconhecimento, tendem ao desvio de funções do próprio trabalho. No afã de providenciar tudo o que seja necessário para a atividade assistencial e deixar disponível para todos, em geral, e para o médico, em particular, mantém-se constantemente ocupadas e preocupadas em encontrar soluções aos problemas, mais especificamente, traduzido na contínua busca de condições materiais para viabilizar o trabalho. Percebem tal característica como um defeito da profissão ao se afastarem das funções que consideram inerentes ao próprio trabalho e por exercerem outras que, pela lógica, seriam de competência de outros profissionais ou serviços. Atribuem este desvio de função à percepção de que o envolvimento dos demais não se dá como o necessário.

Dessa forma, a auto-imposição de uma série de obrigações em relação ao paciente, aos seus direitos e ao seu estado e não vislumbrar tal nível de exigência nos demais profissionais de outros serviços, além de não obter a resposta esperada, durante tentativas de compartilhar problemas e dificuldades, associada, ainda, à idealização do hospital, enquanto hospital universitário, geram sentimentos de intenso sofrimento no

trabalho. Como agravante dessa situação há, ainda, a constante preocupação em demonstrar competência técnica, em outras palavras, estarem aptas a resolver e tomar conta das diferentes situações possíveis de serem vivenciadas, portanto, da possível necessidade de sua pronta e competente intervenção.

Além da falta de colaboração na organização e manutenção do trabalho e do ambiente, a atuação médica, ao não observar as normas de funcionamento do serviço, contribui para sua desorganização constituindo-se, muitas vezes, em impecilho à atuação da enfermagem. No entanto, a aparente inexistência de normas de conduta médica e a conseqüente desorganização de seu trabalho podem tornar-se um impeditivo a mais à realização de um trabalho completo, tornando muito difícil o trabalho coletivo, portanto, tributário do sofrimento no trabalho para os trabalhadores da enfermagem.

Por outro lado, decisões e atos isolados são uma constante na forma de atuação médica, acarretando muito sofrimento, pela dimensão que esta forma de agir pode adotar e suas implicações, não só no andamento do serviço como em relação ao próprio paciente. Dessa forma, a normatização do trabalho é percebida como necessária para realizar o trabalho, desde que normas positivas e factíveis sejam estabelecidas. Portanto, a ação administrativa dos órgãos hierarquicamente superiores pode exercer influências positivas sobre o trabalho, repercutindo positivamente no trabalhador.

Infelizmente, trabalhar, especialmente no início de cada nova gestão, tem se constituído em algo muito difícil. A postura autocrática adotada pela administração não tem possibilitado a participação do conjunto dos trabalhadores nas deliberações, conduzindo ao estabelecimento freqüente de normas ou determinações, geralmente de caráter proibitivo, cerceando a autonomia e impondo limites e impossibilidades, sem discussão e sem uma prévia avaliação das reais possibilidades do grupo para cumpri-las. Estas normas ou determinações são seguidas à medida do possível e, geralmente, tornadas

sem efeito, quando absurdas ou inviáveis, após algum tempo. Porém, nunca sem antes, terem gerado muito desgaste e sofrimento no trabalho. Por outro lado, a existência de normas de funcionamento de outros serviços pode interferir negativamente inviabilizando a realização de determinadas tarefas pela enfermagem, constituindo-se em mais um motivo de sofrimento no trabalho.

Os entrevistados percebem algumas decisões da administração como situações constrangedoras e indignantes e indicativas de desrespeito e desconsideração à pessoa dos pacientes ou funcionários e atribuem o sofrimento no trabalho, também, ao que denominam de incoerências administrativas: a burla das normas, pela própria administração, e punições e advertências, ao serem seguidas essas mesmas normas.

A não contratação de substitutos de férias ou folgas, entre outras, implicam um aumento das exigências físicas e mentais, ao impor um ritmo acelerado e intenso ao trabalho, como solução à escassez de recursos humanos. Por sua vez, a inexistência de uma estrutura específica para atender pacientes externos impõe um trabalho extra aos já atarefados funcionários das unidades de internação. A inexistência de uma política de provimento de recursos materiais, não permite à equipe de enfermagem destinar seu tempo e atenção, apenas, à assistência, ao ter que sair à cata de condições para realizar o trabalho. Estas decisões da administração também contribuem com grande parcela do sofrimento físico e mental no trabalho.

Este sofrimento torna-se ainda maior ao perceberem que as prioridades no trabalho destinam-se à aquisição de aparelhos e instrumentos para maior facilidade e precisão diagnósticas, em detrimento de maior proteção, facilidade e segurança no tratamento. Esta prioridade, acarretando a carência de matérias de necessidade óbvia, dá mostras da maior ênfase dada aos aspectos econômico-financeiros do que à saúde e à proteção, tanto dos pacientes como dos próprios funcionários. Por sua vez, as

enfermeiras se ressentem de um aperfeiçoamento profissional, com vistas ao desenvolvimento de conhecimentos para instrumentalizá-las administrativamente e que as capacitem à argumentação, para participarem efetivamente do estabelecimento das necessidades e prioridades dos recursos colocados a serviço das atividades assistenciais.

Outros motivos de sofrimento apontados, especialmente pelas enfermeiras, dizem respeito, por um lado, à aparente indiferença e desconsideração às solicitações feitas, ao poderem reclamar a diferentes pessoas e nenhuma delas mostrar-se, pelo menos, suficientemente preocupada ou esboçar algum tipo de reação, com vistas a apresentar alguma solução. Ou, por outro lado, não saberem que atitude tomar, diante de alguns posicionamentos da direção, ante às dificuldades enfrentadas, diuturnamente, pela enfermagem, conduzindo a sentimentos de grande impotência.

O medo de retaliações e represálias e, principalmente, de demissão emerge como um dos maiores motivos de sofrimento no trabalho. A noção de ser apenas um empregado os impede de verbalizar opiniões pessoais ou solicitações para si, limitando-se àquilo de que necessitam para o atendimento de pacientes, por entenderem que, enquanto as reivindicações mantiverem-se neste âmbito, será tolerada pela administração, caso contrário, ao reivindicarem conquistas sociais ou direitos para si, seguramente, o tratamento será o inverso.

Portanto, a falta de eco aos apelos e o descaso para com os problemas sentidos, o trabalho tendo que ser realizado mesmo sem condições ou dispendo de alguma condição, somente, após muita insistência, geram sentimentos de indignação. Apontam tais sentimentos como prováveis motivos de afastamento do grupo, em relação à direção e, especialmente, à coordenação de enfermagem.

Por sua vez, percebem, na postura autocrática e ameaçadora da coordenação, uma afronta à dignidade e à integridade moral dos subalternos. Sentimentos hostis, como raiva

e ódio, emergem ao se sentirem fragilizados e por vislumbrarem a impossibilidade de expressarem sentimentos ou de contra-argumentarem, chegando a desencadear a vontade de praticar atos concretos de violência contra aquele que representa o poder.

Apesar destes sentimentos, a impotência e o medo de atitudes punitivas e a necessidade de se manterem no emprego abafam qualquer esboço de resistência explícita, conduzindo a intenso sofrimento, traduzido em tristeza, mágoa e arraso. Por outro lado, críticas são feitas à coordenação por não se fazer presente o suficiente para saber dos problemas vivenciados, inteirar-se da realidade do trabalho e supervisionar tanto o trabalhador como o resultado de seu trabalho, dessa forma, impedindo uma avaliação mais apurada dos fatos, o que conduz a julgamentos, críticas e atos punitivos sem considerar suas possíveis causas, portanto, originando uma profunda mágoa, levando a um intenso sofrimento.

Dessa forma, percebem-se como um grupo muito sofrido e desgastado, devido ao descrédito e falta de reconhecimento e sujeito a um processo de castração que inviabiliza qualquer tentativa de inovação ou mudança e que impõe limites, principalmente, à atuação do enfermeiro, dentro de uma hierarquia onde há uma chefia para a qual não pode ser verbalizado o que se pensa nem o que se quer ou se necessita para realizar o trabalho.

Outras situações apontadas como geradoras de muito sofrimento que se manifestam, por meio de sentimentos de mágoa, tristeza, humilhação e aborrecimento, dizem respeito às transferências de setor ou de turno de trabalho, sem consulta prévia, que são acatadas pelo medo de demissão. Além das significativas alterações na vida pessoal e familiar, representam desrespeito aos direitos de escolha e preferência, com o agravante de, muitas vezes, o novo local apresentar características totalmente diversas da

experiência e afinidade profissionais e, também, pela inexistência de orientações e mesmo de uma filosofia explícita.

Dessa forma, cai por terra a expectativa que possuem em relação à qualquer chefia, ou seja, de um tratamento amistoso, isento de atitudes ameaçadoras e agressivas e de privilégios e tratamentos desiguais, que oriente, avalie e aponte erros e acertos, com franqueza e sinceridade, percebidas como condições fundamentais ao prazer no trabalho.

Por sua vez, as reuniões de trabalho são percebidas como momentos de reflexão e avaliação do trabalho e de seus resultados. Consideram como uma necessidade fundamental sua realização periódica, independentemente de crises. Devem transcorrer num clima de tranqüilidade e propício à expressão de opiniões e sentimentos, principalmente, sentimentos de mágoa, angústia, frustração e descontentamentos, entre outros. Justificam que tais sentimentos, quando sufocados mas presentes, predispõem a brigas e discussões infrutíferas, inviabilizando a chegada a algum resultado prático e positivo.

Lastimam, portanto, a inexistência de reuniões periódicas e atribuem muito do sofrimento no trabalho à sua falta, por representar a sonegação do direito de expressão. Por outro lado, lamentam que sua ocorrência esporádica, apenas na vigência de algum problema crítico, se restrinja às chefias de unidade e coordenação. Entretanto, quando estendidas aos demais, há a predominância de reclamações e críticas a posturas e condutas do trabalhador, em detrimento da avaliação do resultado do trabalho e das condições para sua realização e, geralmente, num clima de extremo autoritarismo e desrespeito aos sentimentos dos subalternos. Emergem, daí, sentimentos hostis e de profunda mágoa, conduzindo à percepção de intenso sofrimento.

Por outro lado, acreditam que uma reunião com os novos médicos residentes, a cada início de ano, amenizaria o clima desagradável que se instala, em decorrência das

atitudes e solicitações decorrentes, tanto do desconhecimento que demonstram das dificuldades da realidade hospitalar e de suas normas e rotinas, como das solicitações e atitudes derivadas da inexperiência. Estas, conseqüentemente, conduzem a um grande desgaste, não só do grupo de enfermagem, mas extensivo ao paciente, quando submetido a situações desnecessárias, muitas vezes, motivadas pela desconsideração às opiniões ou sugestões emitidas pela enfermagem. Tal postura, percebida como arrogante, auto-suficiente, preconceituosa e onipotente, gera grande angústia e o sofrimento decorre não tanto pelo não reconhecimento da capacidade e experiência dos membros da equipe de enfermagem, mas por originar a sensação de desrespeito pelo paciente.

Por sua vez, a maior fundamentação teórica e técnica do cuidado, respaldada na prática, contrapõe-se ao saber médico, cujo embasamento teórico é maior em disciplinas específicas, úteis ao diagnóstico e tratamento, porém, em detrimento da fundamentação teórico-prática do cuidado. Esta situação é percebida como displicência em relação às técnicas do cuidado. Dessa forma, especialmente as enfermeiras, adotam uma postura de constante cobrança, frente à inobservância aos aspectos humanos, éticos, técnicos e de responsabilidade para com o paciente, ao percebê-lo sendo tratado como mero objeto de trabalho, portanto, possivelmente lesado em seus direitos e individualidade. Os conflitos, daí resultantes, conduzem à cobrança contínua à observância das técnicas, rotinas e normas, porém, muito mais direcionada aos próprios elementos da equipe de enfermagem, apesar de muito mais negligenciadas pelos demais. As enfermeiras percebem a eterna necessidade de cobrança como extremamente desgastante e um dos maiores motivos de sofrimento no trabalho, pelo desgosto que ocasiona.

Apesar da mudança de imagem da enfermagem e do enfermeiro, possibilitada pelo hospital universitário, e da prevalência de atitudes mais polidas no relacionamento médico-equipe de enfermagem, conseqüente a uma relação mais igualitária e equilibrada forjada, principalmente, pelas próprias enfermeiras, ao longo dos anos, há a percepção

de que o desrespeito pela profissão e pelos profissionais, ainda, permanece bastante arraigado.

Traço marcante da formação médica, a falta de respeito, traduzida pela tendência de falar em tom de voz mais alto e autoritário, principalmente, exacerbada em situações de urgência, conduz a um clima de extrema intranquilidade e pavor. Derivada desse comportamento e para prevenir possíveis falhas há uma preocupação e empenho constantes com a manutenção das condições necessárias, principalmente materiais e, especialmente, em situações emergenciais, para que, no caso de insucesso, possa o mesmo ser compartilhado, também, pela equipe médica.

Desse modo, muito mais do que pelo fato de considerarem ótimo trabalhar junto a uma enfermeira que conhece o trabalho e por estarem cientes da necessidade do respaldo técnico do profissional de nível superior da área, em decorrência das limitações determinadas por seu cargo, os auxiliares de enfermagem vêm, em sua subordinação ao enfermeiro, além de receberem ordens diretas, somente de uma pessoa, uma forma de não virem a ser desrespeitados por outros profissionais.

Por outro lado, devido à sua própria natureza, o trabalho da enfermagem apresenta influências sobre o corpo, ao expor o trabalhador da área a situações estafantes e, muitas vezes, emergenciais, podendo levar à exaustão das forças físicas e mentais. Ao exigir uma total entrega, todo o esforço, a atenção e o tempo são concentrados em sua realização, muitas vezes, impedindo ser destinado um tempo específico para paradas, durante a jornada de trabalho. Dessa forma, o trabalhador relega a um plano secundário suas necessidades e problemas de ordem pessoal e privada. Em resposta às solicitações da direção, usa o corpo como um mero instrumento de trabalho e investe toda sua energia na produtividade, a qual exige a otimização do tempo, levando-o a manter-se sempre ocupado, na constante busca de atividades para ocupar um possível tempo ocioso. Isto o

conduz a assumir e a desenvolver funções e atribuições de outras pessoas de outros serviços, pelo entendimento de que não há tempo a perder e de que, a qualquer momento, pode haver necessidade dos escassos recursos materiais, equipamentos e instalações.

A indisponibilidade desses recursos, quando os mesmos se fazem necessários, é percebida, portanto, como um sofrimento muito maior do que a excessiva carga de trabalho origina. Por outro lado, a inexistência de substitutos impõe aos remanescentes um trabalho muito mais intenso e o excesso de atividades e as constantes solicitações médicas tumultuam, ainda mais, o ambiente de trabalho, impondo exigências físicas e mentais, cada vez maiores. O tempo torna-se exíguo e o trabalho muito mais difícil de ser realizado.

Ao mesmo tempo em que há a esperança de que o hospital seja dotado de melhores condições materiais e humanas, há a preocupação, com base na experiência prévia, de que sejam criados novos serviços, apesar da precariedade das condições atuais, conduzindo a novas e maiores exigências.

Entretanto, as influências do trabalho não se restringem, apenas, ao âmbito do trabalho. O trabalho repercute nas necessidades e na vida pessoal e privada dos trabalhadores, da área da enfermagem. A começar pela jornada de trabalho, o horário noturno é percebido como extremamente desgastante. Ao alterar os hábitos de alimentação e sono, gera transtornos fisiológicos, além de interferir na vida familiar e de relacionamento social, por ser em noites alternadas, associado à necessidade de realizar o trabalho doméstico e, não raro, a outro emprego.

Por sua vez, a jornada de trabalho diurno é apreciada, ressalvada a característica inevitável ao trabalho da enfermagem e inerente à sua continuidade do trabalho aos finais de semana e feriados. Desse modo, os plantões são percebidos como um duplo sofrimento. Um sofrimento por antecipação, muito maior, nos dias anteriores ao próprio

plantão; outro sofrimento, durante a sua realização. O trabalho aos domingos e feriados impõe restrições à vida familiar e social, cuja organização se dá em função dos horários de trabalho, bem como as justificativas para não se fazerem presentes aos diversos eventos, portanto, também do âmbito do trabalho.

Permanecer doze horas consecutivas, dentro do hospital, era melhor tolerado no início da profissão. À medida que a motivação foi esmorecendo, originaram-se sentimentos de maior sofrimento e a sensação de trancafiamento e o hospital percebido como uma prisão. Dessa forma, os plantões passaram a ser percebidos como muito mais desgastantes e cansativos, cujo comparecimento se dá mais por obrigação do que por vontade própria. Apontam como fonte de desmotivação para sua realização, por torná-los mais cansativos ainda, a péssima remuneração, que inviabiliza atividades de lazer nos finais de semana livres, que, se possíveis, seria compensador.

O salário extremamente pouco e injusto, pelo tipo de atividade e responsabilidade que têm e que, na maioria dos casos, apenas complementa a renda, impõe restrições à vida pessoal, ao não garantir condições decentes de sobrevivência, e constitui-se, principalmente para as enfermeiras, num dos principais motivos de sofrimento no trabalho porque, além de não corresponder ao esforço dispendido, traduz a falta de valorização e o pouco reconhecimento pelo trabalho da enfermagem. Para os auxiliares de enfermagem, o salário não é suficiente para proporcionar prazer mas não o consideram tão desesperador. Alguns esperam poder cursar uma faculdade para terem um salário melhor, bem como condições de reagirem ao tratamento dispensado pela coordenação, percebido como indignante, a que são submetidos, cujo revide não ocorre por se perceberem impotentes e pelo medo de represálias ou demissão.

Por outro lado, há a expectativa de uma vida futura mais promissora, com a possibilidade de conquista de melhores condições de trabalho, de um salário mais digno,

em decorrência de maior valorização da profissão. No entanto, as negociações por melhores salários tem sido difíceis, muito sacrificadas e desanimadoras, ao não ser obtido retorno em termos de ganhos. Atribuem a situação atual, na qual se encontra a enfermagem, à falta de uma política devida a própria acomodação e falta de união da classe.

Apesar da pouca remuneração pelo trabalho que desenvolvem, mantêm-se trabalhando mais pelo amor ao trabalho e pela satisfação em exercerem a profissão que gostam, do que pelo que recebem. Entretanto, salientam que a pouca remuneração não se constitui em impedimento à realização do trabalho nem autoriza um desempenho medíocre.

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	IDÉIA PRINCIPAL	CATEGORIA FINAL
I - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO LOCAL DE TRABALHO	Os recursos humanos e materiais do hospital universitário e as expectativas pessoais, da equipe e da comunidade	AS CONDIÇÕES DE TRABALHO
V - OS MEIOS PARA VIABILIZAR O TRABALHO: IMPACTO SOBRE O TRABALHADOR DA ÁREA	As condições (in)suficientes e (in)adequadas para a realização do trabalho, a decorrente realização profissional, o compromisso da administração hospitalar em oportunizar as condições e os julgamentos decorrentes do trabalho para a equipe	

QUADRO 11 - PROCESSO DE DERIVAÇÃO DA CATEGORIA FINAL "AS CONDIÇÕES DE TRABALHO"

Às vezes, não tem material. Tem que trabalhar na base do improviso. Se tu tens pouco material, atrasa mais o trabalho, te leva mais tempo. Ou se tem pouco material, tu sobes e desces, tem que buscar no CME o material porque só tem aquele e o plantão anterior não deu tempo de pegar, também. Tu vais lá, tudo isso aí são condições de trabalho não muito adequadas, que também angustiam, cansam e desgastam o funcionário. Dá desgaste físico, mental, também enorme. Porque, sempre associada ao desgaste físico, sempre tem uma preocupação. A preocupação é um desgaste mental. Sai dali cansado, cansado. Essa é a parte negativa do trabalho.

Entrevista 15 - Auxiliar de Enfermagem.

As condições de trabalho que são precárias, até. Eu acho que já passamos por situações piores. Agora, está um pouco melhor mas, realmente, tu teres que estar indo atrás do material, ter que estar indo atrás de tudo que tu precisas, tu perderes mil tempos pra fazer um determinado procedimento, né? E, assim, uma coisa que não é da tua função fazer, né? E tu perdes tempo fazendo aquilo, correndo atrás das coisas pra... Quando tu vais fazer o procedimento tu já estás cansada, estressada, irritada, furiosa e já vai fazer aquilo, assim, meio que pedindo pra nem ter que fazer porque tu já estás extrapolando a tua paciência.

Entrevista 9 - Enfermeira.

A Categoria Final "As Condições de Trabalho" resultou do reagrupamento das categorias intermediárias "I - O Hospital Universitário como Local de Trabalho" e "V - Os meios para Viabilizar o Trabalho: Impacto sobre o Trabalhador da Área".

Os entrevistados, ao relatarem suas percepções, acerca das condições de trabalho, ressaltam aqueles aspectos que têm maiores implicações nos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho.

O fato do Hospital Universitário caracterizar-se como um órgão formador de recursos humanos para a área da saúde, portanto, constituindo-se num local de trabalho, onde há a contínua possibilidade de atender às suas necessidades de aprendizagem e aperfeiçoamento, é visto como potencialmente capaz de proporcionar prazer. Resultante

dessa forma de pensar, há o surgimento de expectativas futuras da existência plena de condições que permitam realizar um trabalho mais qualificado, compatível com a imagem idealizada, a partir de sua imponência física, enquanto construção, e veiculada pela mídia de que o Hospital Universitário apresenta-se suficientemente equipado para tal. Portanto, aspectos apontados como tributários do prazer no trabalho dizem respeito à disponibilidade de recursos materiais, humanos e técnicos para sua realização e de proteção ao trabalhador, tendo em vista a natureza e demais características desse mesmo trabalho.

No entanto, salientam os contrastes das condições de trabalho, atualmente existentes, entre os diversos setores do hospital. Percebem que o tratamento diferenciado dispensado a cada setor, em particular, tem a ver com aspectos econômicos e sociais, portanto, ao retorno em termos financeiros e de reconhecimento da comunidade ao trabalho realizado. Esta forma diferenciada de tratamento às necessidades de cada setor influencia, decisivamente, na percepção do prazer ou sofrimento no trabalho.

Apesar da existência de determinadas carências, em relação às condições de trabalho, a maternidade é percebida como um local que apresenta, em relação aos demais, uma situação privilegiada. Tal situação não reside, apenas, em ter atendidas suas necessidades, em termos de materiais e equipamentos, mas pela própria natureza e tipo de clientela a que se destinam suas atividades. Aqueles que trabalham neste setor lidam, geralmente, com situações tidas como mais prazerosas, ao se direcionarem suas atividades, especialmente, à vida, à alegria e ao nascimento. Nos demais setores, ao contrário, suas atividades se direcionam, muito mais, aos aspectos de doença, sofrimento e morte.

A UTI Pediátrica, por sua vez, é percebida como um local bastante estressante, não só pelo tipo de clientela a que se dedica e a natureza de suas atividades, mas pelo uso

de equipamentos e aparelhos considerados sofisticados. Porém, o maior sofrimento não decorre de tais características mas da colocação em uso desses aparelhos e equipamentos, sem prévio treinamento, e por sua manutenção, quando muito, ficar ao cargo de pessoal descredenciado ou pouco habilitado, acarretando grande insegurança quanto às possíveis repercussões que sua utilização pode originar.

Apontam, também, como deprimente e gerador de muito sofrimento o fato de diversos equipamentos, úteis no auxílio ao tratamento, não se encontrarem disponíveis para o uso, pela falta de manutenção ou avaria, mantidos amontoados e rotulados como defeituosos. A falta de perspectivas de que a direção tome alguma atitude em relação à tal situação constitui-se num motivo a mais para o sofrimento no trabalho.

Já a Clínica Médica é percebida como um local muito traumatizante onde, além do excesso de trabalho e exigências, o reconhecimento é mínimo. Por sua vez, as características da clientela e das atividades desenvolvidas, bem como a inadequação das condições materiais e físicas do ambiente de trabalho, agravadas por sua precária manutenção, constituem-se em impeditivos à realização do trabalho sendo, dessa forma, tributários de intenso sofrimento no trabalho.

Portanto, uma área física mal estruturada conduz a um desgaste físico muito grande e à perda de tempo constituindo-se, desse modo, em sofrimento tanto físico como mental. Na Clínica Médica, a tentativa de minimizar este sofrimento, por meio da criação de uma enfermaria para facilitar o trabalho, resultou em maior sofrimento à equipe de enfermagem. A concentração de pacientes com maior dependência dos cuidados de enfermagem, num local mais próximo ao posto de enfermagem, tinha por objetivo evitar os constantes deslocamentos e a perda de tempo. A diferença de percepção médica desvirtuou este objetivo original, conferindo a tal enfermaria características de uma UTI, pela concentração de alguns poucos instrumentos mais sofisticados no local, porém sem

estar dotada de pessoal e material suficientes. Portanto, o sofrimento não decorre apenas do acúmulo de trabalho e da piora das condições nas quais os pacientes internam mas pela ausência de uma infra-estrutura compatível com as exigências assistenciais e da condição ilusória derivada dessa situação, pela crença tanto de familiares como dos próprios pacientes de que, de fato, seja uma UTI estando sujeitos, dessa forma, a um tratamento mais seguro e especializado.

Desse modo, a escassez dos meios materiais emerge como um dos maiores sofrimentos no trabalho para a equipe de enfermagem, especialmente para as enfermeiras, ao lhe serem imputados julgamentos desabonadores ao não proverem tais meios de trabalho aos demais. As carências de material básico e especializado e de proteção individual conduzem à necessidade de sua constante busca, implicando a perda de um tempo que poderia ser destinado à assistência. Apesar do desejo de querer ajudar e de querer fazer, emergem sentimentos hostis, principalmente a raiva e a irritação, e o cansaço que decorrem da frenética busca de condições para realizar o trabalho. Além disso, pelos atritos que ocasiona, interfere no relacionamento interpessoal. Quando finalmente reunidas tais condições, já houve grande perda da motivação. Ao ser suplantada a vontade de realizar a tarefa, o trabalho acaba sendo realizado por obrigação, conduzindo a uma sensação de desprazer com o trabalho.

As carências de material, além dos aspectos apontados, muitas vezes, conduzem a que o trabalho só possa ser realizado na base do imprevisto, não raro, associado à necessidade de evitar o desperdício. No entanto, as improvisações ou adaptações conduzem, na maioria das vezes, a um maior gasto e, conseqüentemente, desperdício de recursos que poderiam ser aplicados na aquisição de materiais adequados a suas finalidades. Por sua vez, a impossibilidade de, até, adaptar ou improvisar, pela total falta de material é percebida, ao desencadear sentimentos de pânico, raiva, angústia e

preocupação, como um desgaste físico e mental extremo, considerado a pior parte do trabalho e origem de intenso sofrimento.

Por outro lado, o material para proteção individual, na maioria das vezes, insuficiente ou inadequado a suas funções protetivas, conduz a sentimentos de medo e muito sofrimento, pelo maior risco de contaminação que a inadequação ou inexistência de tais condições origina, especialmente, ao terem que prestar cuidados a pacientes aidéticos. A falta de treinamento específico para o trabalho, junto a este tipo de paciente, bem como a proibição expressa de solicitação do material de proteção ao almoxarifado, quando o mesmo não está disponível, no Centro de Material Esterilizado, contribui para intensificar tais sentimentos.

Dessa forma, a improvisação e medidas de redobrada atenção para se protegerem dos riscos de contágio são adotadas, principalmente, durante a execução de procedimentos, nos quais há o risco de contato com fluídos orgânicos. Se por um lado, no caso de acidente, o pavor é apontado como impedimento à sua comunicação aos órgãos superiores, por outro lado, o descaso desses mesmos órgãos, frente à comunicação de sua ocorrência, gera uma carga de sofrimento não compartilhada, assumida na solidão.

Portanto, a negligência da instituição, manifestada pela aparente falta de preocupação com as condições de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores da enfermagem, associada à desconsideração, tanto médica como da própria administração, às suas solicitações para a suspensão temporária ou mesmo a redução das internações de aidéticos, tendo em vista a carência de condições materiais, tanto para poder assistir como para poder se proteger no trabalho, são apontadas como geradoras de grande sofrimento no trabalho.

Por sua vez, o excesso de atividades, decorrente da insuficiência de pessoal e sua associação à falta de material, inviabiliza a realização de muitas tarefas tornando, além de

angustiante, praticamente impossível a realização de um trabalho qualificado. Além das reclamações pelo trabalho incompleto, conduz, diante da impossibilidade de serem deixadas as condições necessárias à continuidade deste trabalho, à emissão de julgamentos desabonadores, ao ser interpretado como displicência.

Entretanto, as dificuldades decorrentes da falta de material, equipamentos, pessoal e demais condições para realizar algum procedimento parecem não ser compartilhadas pelo médico. Sua principal preocupação aparenta ser com a realização da tarefa porque, muitas vezes, mesmo ciente dessas dificuldades, continua prescrevendo procedimentos que, pelas limitações presentes, são impossíveis de realizar. Embora não cobrando sua realização, a angústia de não poder fazer fica com a enfermagem que permanece mais próxima ao sofrimento e necessidades do paciente, portanto, constituindo-se em situações que contribuem aos sentimentos de sofrimento no trabalho.

Outro motivo de sofrimento no trabalho resulta da constante preocupação e grande insegurança, em relação à incerteza quanto à continuidade de um tratamento que, pela necessidade de mantê-lo e pelos bons resultados que está obtendo, pode vir a ser interrompido, a qualquer momento, pela carência de algum medicamento ou equipamento ou por ambos.

Apesar da falta dos meios interferir na realização do trabalho, tal fato não impede que haja cobrança, principalmente, em situações críticas. Por outro lado, os instrumentos colocados à disposição, pelo constante uso e pela falta de manutenção, muitas vezes, apresentam-se avariados. Além da insegurança e preocupação que sua utilização pode acarretar à saúde e à integridade do paciente, pode conduzir a julgamentos desabonadores, acerca da competência técnica dos membros da equipe de enfermagem, ao obterem resultados incorretos com o seu uso. Tais situações também contribuem para o sofrimento no trabalho.

Por outro lado, a constante preocupação com a falta de condições e a impossibilidade de realizar o trabalho, corretamente, conduzem a sentimentos de impotência, frente à impossibilidade de atender às solicitações dos pacientes, principalmente, quando se constituem de condutas que deveriam ser adotadas, a partir da simples avaliação de suas necessidades, o que leva a muito sofrimento e impede sentimentos de realização profissional.

Portanto, a falta de recursos humanos e materiais constituem-se num dos grandes fatores de sofrimento no trabalho, principalmente, por representar uma realidade incompatível com a imagem de um hospital universitário, cuja realidade vivenciada gera muita angústia. Por outro lado, por ser um local de ensino, apresenta um grande contingente de pessoas em formação, conseqüentemente, inexperientes. Por sua vez, presenciar atos e atitudes incorretos ou a realização de procedimentos desnecessários, inúteis ou desgastantes, tanto para o paciente como para a equipe de enfermagem, decorrentes da inexperiência, especialmente médica, constitui-se em situações geradoras de sofrimento no trabalho.

Para os entrevistados, há a necessidade da união de todos, desde a equipe de enfermagem, médica e, até, a própria administração, para lutar pela aquisição de materiais, instrumentos e aparelhos tidos como básicos, portanto necessários, à realização de um trabalho seguro e adequado.

4.5 - CONCLUSÕES

Neste capítulo foram caracterizados os participantes da pesquisa, assim como apresentados os resultados das análises das entrevistas. Apresentaram-se as vinte e nove categorias iniciais, o processo de derivação para a construção das oito categorias intermediárias e, a partir destas, o processo de derivação para a elaboração das três categorias finais, com o intuito de atender aos objetivos propostos neste trabalho.

Tal apresentação possibilitou evidenciar os fatores implicados na gênese do prazer e do sofrimento no trabalho da enfermagem, assim como as suas localizações no trabalho em si, na organização do trabalho e nas condições de trabalho.

Espera-se que o conhecimento de tais fatores possibilite aos administradores, principalmente, vislumbrarem caminhos que os conduzam a estratégias capazes de permitir ao trabalhador da área o maior prazer e o menor sofrimento possíveis e que o gerenciamento dos sentimentos, pelo próprio trabalhador repercutam, positivamente, não só na produtividade e qualidade do trabalho que realizam, mas que se estendam à vida familiar e social, concorrendo ao sentimento de realização, enquanto pessoa e profissional.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, são resgatados os principais resultados provenientes da análise e retomados os aspectos mais significativos da revisão de literatura que dá respaldo teórico ao estudo realizado, especialmente os referentes àqueles relativos ao estudo da relação prazer, sofrimento e trabalho, fio condutor desta pesquisa. São tecidas considerações, acerca dos resultados obtidos, cujos achados corroboram muitas das assertivas dos diversos autores consultados, acrescentando-se a estas novas constatações que, muito provavelmente, podem vir a se constituir em contribuição, mesmo que pequena, aos estudos da relação prazer, sofrimento e trabalho.

5.1 - DOS RESULTADOS AO REFERENCIAL TEÓRICO

Ai! É tanta coisa! Olha, eu poderia te enumerar um monte de coisas que dá prazer, um monte de coisas que dá sofrimento.

Entrevista 6 - Enfermeira.

Olha, acho que já tive mais prazer do que agora, né? Mas eu encontro alguns, assim... Não os que eu gostaria mas eu, ainda, encontro alguns prazeres. Eu acho que muito porque a gente gosta do que faz. Eu acho que isso nos dá prazer, né? (...) Muito sofrimento! Realmente, eu acho que... Até quando tu falaste sobre o teu trabalho, ainda fiquei pensando, assim: que que será que vai ter de resultado? Quais serão os sofrimentos que o enfermeiro mais vai relatar, né? Porque existem tantos, eu acho. Existem tantos sofrimentos.

Entrevista 9 - Enfermeira.

Mas o balanço é positivo. Porque se não fosse positivo eu não estava aqui. Com todo o sofrimento, existe mais prazer porque se não existisse nós não estávamos, aqui, levando, até hoje, né? E não é pelo dinheiro que a gente faz isso. Então... é porque, no final das contas, o balanço é positivo.

Entrevista 13 - Enfermeira.

Esta pesquisa, que tem por objeto a relação prazer, sofrimento e trabalho e por objetivo geral a identificação da percepção dos trabalhadores da área da enfermagem, acerca dos fatores envolvidos na gênese do prazer e sofrimento no trabalho, buscava, desde o seu início, as relações desta gênese com o trabalho em si, sua organização e as condições oferecidas ao trabalhador para o desenvolvimento de seu trabalho.

Seguindo a seqüência de passos da Metodologia da Análise de Conteúdo proposta por Moraes (1993) foi possível a realização de análises que levaram a descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas dos depoimentos dos entrevistados, auxiliando a

reinterpretar seu conteúdo e a atingir uma compreensão aprofundada de seus significados, bem como o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social, de outro modo, inacessíveis.

A técnica adotada foi a de análise por categorias e, dentre as diferentes possibilidades de categorização, a escolha recaiu sobre a investigação dos temas ou análise temática, pela rapidez e eficácia na condição de ser aplicada a discursos diretos e simples (Bardin, 1979).

As Categorias Iniciais foram definidas, a partir do exame dos depoimentos, não tendo havido qualquer esforço em pré-defini-las. Porém, as Categorias Finais: O trabalho em Si, A Organização do Trabalho e As Condições de Trabalho já estavam presentes, desde o início, direcionando a construção deste trabalho de dissertação.

Ao longo de todo o processo de análise, a partir das categorizações iniciais, foram emergindo aqueles aspectos percebidos como implicados na gênese do prazer e do sofrimento no trabalho que, por meio de uma reclassificação, possibilitou atingir um menor número de categorias, de caráter mais amplo e abrangente, dando origem às Categorias Intermediárias.

Os dados destas duas categorizações anteriores (Categorias Iniciais e Categorias Intermediárias) foram, finalmente, reagrupados, num último esforço de atingir novos níveis de compreensão das percepções de trabalhadores da enfermagem, acerca dos fatores que originam prazer e sofrimento no trabalho e conduziram à elaboração das Categorias Finais permitindo, dessa forma, uma síntese globalizadora de tais percepções.

Na Categoria Final "**O Trabalho em Si**", confirmando Dejours & Abdoucheli (1994), foi possível constatar, a partir da análise das descrições de vivências e percepções dos trabalhadores, que o trabalho desponta como um operador fundamental na própria

construção do sujeito e como um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista de identidade, de sua continuidade e historicização. A atividade profissional, dessa forma, não é apenas um modo de ganhar a vida. Transcende ao simples atendimento de necessidades, constituindo-se numa forma de inserção social, onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados.

Outros elementos que emergiram da análise e que já haviam sido constatados por Pitta (1990), quando de seu estudo acerca do trabalho hospitalar, apontam que o sofrimento no trabalho, daqueles que exercem atividades de enfermagem, decorre da própria natureza e características do trabalho da enfermagem, ao desenvolverem, continuamente, um trabalho cotidiano, não raro, com dores, perdas, sofrimento e morte e ao assumirem, fundamentalmente, os cuidados de pessoas doentes. Foi evidenciado que a responsabilidade, no exercício de tais funções, recai, de forma bastante intensa e contundente, sobre a equipe de enfermagem, em decorrência de ficar ao seu encargo a provisão contínua de cuidados aos pacientes internados, durante as vinte e quatro horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado, que pode ir da cura até a morte.

Apesar da natureza mesma desse trabalho, considerado como extremamente desgastante, por ser exercido frente às situações críticas pelas quais passa o ser humano, porém, contraditoriamente, é percebido como extremamente prazeroso, quando possível de ser realizado e na dependência dos resultados obtidos e, também, por atender as necessidades que os trabalhadores da enfermagem têm de se sentirem úteis e de quererem ajudar.

Desse modo, o contato direto com o paciente, provendo cuidados e elementos essenciais a sua subsistência e recuperação, constitui-se em fator de proteção à saúde psíquica dos trabalhadores da enfermagem, muito mais evidenciado no trabalho dos auxiliares de enfermagem, devido suas ações ficarem mais restritas ao desempenho de

atividades assistenciais diretas. Dessa forma, mesmo ante à iminência da morte e de terem que, cotidianamente, ultrapassar a barreira do medo e da comiserção de um outro submetido aos seus cuidados, surgem estímulos suficientes para desencadear um deslocamento da energia libidinal para fins social e narcisisticamente valorizados, portanto, impedindo seu direcionamento a uma via sintomática. Desse modo, a sublimação compensatória, atribuída às atividades de utilidade e reconhecimento sociais, emerge como um mecanismo competente de transformação de pulsões inconscientes, primitivas e individuais, que, por meio de sua dessexualização, no campo social, oferece uma via não sexual para sua satisfação. Portanto, trabalho e sublimação surgem como operadores fundamentais da saúde mental (Pitta, 1990; Dejours, 1993; Dejours & Abdoucheli, 1994). O trabalho torna-se um fator de equilíbrio e de desenvolvimento, quando possibilita ao trabalhador aliar o desejo de executar a tarefa às necessidades físicas, independentemente da natureza mesma desse trabalho e das condições em que se realiza, dessa forma, confirmando as assertivas de Dejours, Dessors & Desriaux (1993).

Por outro lado, um fato digno de nota que emergiu da análise, diz respeito ao que se pode considerar como uma idealização acerca da enfermagem, ao lhe serem atribuídas adjetivações, tais como: as de ser uma profissão sublime, grandiosa e nobre. Do mesmo modo, ao serem enfatizados valores relacionados a amor, abnegação e desprendimento, os trabalhadores da enfermagem parecem relegar a um plano secundário, apesar do pouco reconhecimento e valorização que percebem, em troca do trabalho que realizam, a luta por remuneração digna e condições ambientais e materiais adequadas de trabalho.

Portanto, tais fatos corroboram a assertiva de Leopardi et al. (1989) de que o peso das representações sociais, em torno do trabalho da enfermagem e de seus agentes, tem servido de desestímulo à inserção da categoria na vida social e política. Desse modo, pode-se constatar, ainda hoje, que se encontram bastante presentes, na enfermagem, traços característicos do personalismo cristão, que permeiam a profissão desde os seus

primórdios, uma vez que, seguramente, as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos situam-se no âmbito da religiosidade e não da ciência e da técnica.

Tal personalismo, além de exigir uma plena consciência profissional, facilmente perceptível, ao se mostrarem extremamente comprometidos com o trabalho e preocupados com as prováveis e constantes impossibilidades de sua plena realização, devido à carência de recursos materiais e humanos, bem como suas conseqüentes implicações na segurança e integridade dos pacientes, contrapõe esta mesma consciência profissional às atividades próprias dos movimentos sociais. Por outro lado, parece estimular a resignação e renúncia presentes, de forma tão característica, nas atitudes daqueles que se dedicam ao cuidado dos enfermos e moribundos, mais especificamente, da equipe de enfermagem (Bourdieu, 1987; Minayo, 1989; Lima, 1993). Para Bourdieu (1987), além disso, tais atitudes podem ser atribuídas ao deslocamento de aspirações e conflitos, por meio da compensação simbólica, como a promessa de salvação eterna.

Este fenômeno, para Lima (1993), pode ser atribuído, em parte, aos preconceitos sociais sexistas e aos prováveis tabus ligados à condição feminina, uma vez que as mulheres constituem o maior contingente de trabalhadores da área da enfermagem. Tais preconceitos e tabus levam as mulheres a perceberem que seu prestígio social decorre de sua capacidade de prestar serviços à família e à sociedade, por abnegação e amor, sem exigir nenhuma remuneração. Lopes (1988), por sua vez, acrescenta que o desprestígio, a subordinação e a subalternidade do trabalho da enfermagem advém do caráter social e histórico das tarefas femininas que o compõem, portanto, comparáveis ao trabalho doméstico, não contabilizado, sem ter ressaltado seu valor econômico e sem ter seus direitos respeitados. No entanto, esta forma de divisão de papéis vem servindo à manutenção de um mundo de dominantes e dominados, no qual o trabalho feminino apresenta-se mais barato, igualmente apto, menos reivindicativo e igualmente submisso.

Na Categoria Final "**A Organização do Trabalho**", pela análise dos depoimentos, foram evidenciados elementos que vão, especialmente, ao encontro das assertivas de Dejours (1992; 1994a) quando afirma que a organização do trabalho é, de certo modo, a vontade de outro; é a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores que, domesticados e forçados a agir, conforme a vontade de outro, o fazem em atenção aos desejos da direção, em detrimento da livre organização do trabalho.

Portanto, os trabalhadores da enfermagem, ao ocuparem um cargo, na organização hospitalar, e para desempenharem determinadas funções encontram, à sua espera, uma diversidade de tarefas que devem cumprir. Encontram, também, à sua espera, os objetivos e os meios (nem sempre qualitativa e quantitativamente adequados) com os quais têm de trabalhar, restando-lhes, apenas, executá-lo, pois o trabalho já se encontra determinado (Codo et al., 1993). No entanto, encontram, ainda, à sua espera, as dificuldades e, muitas vezes, as impossibilidades de realizar as tarefas prescritas no trabalho. Evidencia-se, dessa forma, uma inadequação irredutível entre organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real, suscitando sentimentos de apreensão, medo, angústia, raiva e impotência, portanto, tributários do sofrimento no trabalho. Contudo, segundo modalidades que lhes atribuem um poder de ação sobre a organização do trabalho, os trabalhadores, ao defenderem-se das pressões cotidianas, concretizam uma organização real bem diferente da organização prescrita, ou seja, para o alcance de determinado objetivo, muitas vezes, há a necessidade da introdução de modificações, reajustamentos e improvisações importantes no plano de trabalho prescrito, inicialmente. Reajustar a organização do trabalho prescrita conduz, muitas vezes, o trabalhador a ter que violentar as regras, em outras palavras, a se colocar na ilegalidade e, dessa forma, assumir riscos, confirmando as afirmações de Dejours (1993; 1994b).

Dessa forma, emergem, da análise, determinados elementos presentes, na forma de organização do trabalho que realizam, fortemente implicados na gênese do sofrimento

no trabalho, principalmente, ao ser percebida essa forma de organização como autocrática e autoritária. Tais características da organização do trabalho, por estarem presentes, dificultam seu rearranjo pelo trabalhador. Há o bloqueio, desse modo, da relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa, não oferecendo uma saída apropriada à energia pulsional. Esta, ao não encontrar descarga, no exercício do trabalho, acumula-se dando origem a um sentimento de desprazer, fadiga e tensão, demarcando, no dizer de Dejours (1992), o começo do domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento.

Identifica-se, portanto, a existência de bloqueio na relação homem-organização do trabalho, na área de enfermagem, apesar da máxima utilização das faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação, ao buscarem, diária e continuamente, soluções às demandas assistenciais que se apresentam, ante às dificuldades de realizarem, diuturnamente, as tarefas que lhes são destinadas.

Por sua vez, decorrente dessa forma percebida como autocrática e autoritária de organização do trabalho, pode-se atribuir o desencadeamento de sentimentos fortes, como a raiva e o ódio, manifestados pelos entrevistados, às atitudes apresentadas por algumas pessoas em cargos de chefia que, pelo fato de deterem autoridade e com predisposição para tal, comportarem-se, mesmo que inconscientemente, como o que Chanlat & Bédard (1993) denominam de "pequenos tiranos", por permitirem-se o direito de fazer sofrer às pessoas sob sua jurisdição.

Portanto, a organização hospitalar, dessa forma, tem se mostrado, não raro, como um local propício ao sofrimento, à violência física e psicológica e, mesmo, ao desespero dos que nela exercem suas atividades, especialmente, para os escalões inferiores e intermediários da enfermagem representados, no presente estudo, pelos auxiliares de enfermagem e pelas enfermeiras, respectivamente. Dessa forma e de acordo com Dejours & Abdoucheli (1994), a organização do trabalho aparece como expressão característica da

violência, quando ela se abate sobre os trabalhadores que não podem mais ser sujeitos de seu comportamento.

Por outro lado, a partir da análise dos depoimentos, pôde-se evidenciar o que Trevizan (1987; 1988), Mendes (1988) e Pires (1989) já haviam afirmado em relação ao trabalho do enfermeiro e, especialmente, a sua burocratização ao assumir, fundamentalmente, funções que correspondem às expectativas dos demais profissionais que atuam no local onde exerce suas atividades decorrendo, daí, seu afastamento de atividades caracteristicamente suas. Porém, na maioria das vezes, mantém-se aliado do planejamento e normalização de tais atividades restando-lhe, apenas, colocar em prática as ações definidas nos escalões superiores da hierarquia de poder. Por outro lado, ao manter-se gerenciando dentro dessa lógica empresarial e, quando, principalmente, em cargo de chefia, tem exigido o máximo de produtividade de seus subordinados, sem o necessário estabelecimento de metas que priorizem a qualidade da assistência e a satisfação com o trabalho.

Portanto, ao coordenar, em sua unidade, as demais atividades desenvolvidas com pacientes pelos demais profissionais, inclusive, de outros serviços, bem como, a coordenação de atividades de apoio, no que se refere a recursos materiais, tem atuado em detrimento de sua própria capacitação e preparo profissionais e em detrimento, também, do possível potencial que teria para utilizar-se da burocracia, com vistas ao desenvolvimento do próprio Serviço de Enfermagem. Dessa forma, a predominância da dedicação a essas atividades, pela maioria dos enfermeiros, aliado ao amplo emprego de rotinas e à delegação pura e simples de funções aos auxiliares de enfermagem e demais pessoas subordinadas a si, além de representar impeditivos ao desenvolvimento da profissão, tem favorecido deformações na percepção da imagem profissional do enfermeiro, desse modo, confirmando as assertivas de Trevizan (1989). Portanto, a execução, em grande parte, de atividades meramente gerenciais, em detrimento das

atividades assistenciais, emergiu da análise como gerador de sentimentos tributários do sofrimento no trabalho do enfermeiro pela privação, em grande escala, do contato e cuidado diretos com o paciente, frustrando as expectativas de prazer que a assistência direta pode veicular.

Por outro lado, pode-se inferir, também, que a forma de organização do trabalho hospitalar, essencialmente dominada pela racionalidade instrumental e por categorias econômicas rigidamente estabelecidas, evidenciada, em grande parte, nas decisões da administração, dá mostras de que os trabalhadores, na maioria das vezes, são considerados como meros recursos. Tais achados, corroboram a assertiva de Chanlat (1993) de que os trabalhadores são vistos como quantidades materiais cujo rendimento deve ser satisfatório, do mesmo modo que os equipamentos, as ferramentas e a matéria-prima. Portanto, associados ao universo das coisas, os trabalhadores tornam-se objetos, emergindo sua condição humana, apenas em acontecimentos extraordinários.

Por sua vez, os próprios responsáveis pela formação de profissionais de enfermagem, na sua grande maioria e dos vários níveis de ensino, parece que se pautam por essa mesma lógica ou racionalidade. Ao mesmo tempo em que, mesmo inconscientemente mas, pelo menos subliminarmente, exaltam valores como: dedicação, abnegação e amor, portanto, reforços à idealização da enfermagem como uma profissão sublime, justapõem a esta idealização a concepção de um corpo rígido, limpo, inodoro, agradável e sem prazer (ou insensível?), sendo adestrado para realizar técnicas, mas sem o devido cuidado ao desenvolvimento de sua capacidade emocional. O corpo, dessa forma, é tido como mera ferramenta de trabalho (Lima, 1993). Desse modo, emergiu da análise das entrevistas, como consequência desta insuficiência de cuidado com a emocionalidade, o despreparo para lidar com as questões da área das emoções e dos sentimentos e do grande impacto e repercussões que exerce sobre os trabalhadores da enfermagem, dando origem a sentimentos tributários do sofrimento no trabalho, ao se

defrontarem com situações desta natureza, no exercício cotidiano de suas atividades, principalmente, junto a pessoas gravemente enfermas ou moribundas.

Por outro lado, a múltipla divisão técnica do trabalho da enfermagem, decorrente dos três níveis de ensino, ao parcelar seu processo de trabalho, barateia suas partes individuais e confere diferentes valorizações ao trabalho da enfermagem, no mercado de trabalho. Portanto, a divisão do trabalho na enfermagem, como uma primeira forma de organização, vem atendendo aos objetivos de valorização do capital que, ao parcelar o trabalho, desvaloriza e simplifica o trabalho individual, criando condições para sua própria valorização. Dessa forma, a fragmentação progressiva do trabalho, nada mais é do que a tentativa de eliminar toda a exigência de qualificação, erradicando, assim, os aspectos inerentes ao trabalho qualificado; um modo de independer do conhecimento e experiência do trabalhador qualificado, em outras palavras, um modo de reduzir sua subjetividade (Ruas, 1985; Castellanos et al., 1989).

Porém, em decorrência da natureza, predominantemente, subjetiva das ações que os trabalhadores das diversas categorias da enfermagem desenvolvem, há a necessidade de diferentes graus de qualificação, portanto, de subjetividade. Como esta se contrapõe à valorização do capital, nada mais oportuno do que uma subjetividade construída sob um paradigma adequado à própria valorização do capital. Portanto, tanto a formação como o exercício profissional da enfermagem, ao se pautarem pelo paradigma religioso, mantém a fixação da enfermagem num lugar de complementariedade na saúde, com profissionais abnegados, invisíveis, assexuados, passivos, obedientes e, como consequência, despolitizados (Lima, 1993) mas, suficientemente, produtivos.

Dessa forma, apesar da formação, experiência, desempenho profissional e permanência prolongada no trabalho, dentre os profissionais graduados, o enfermeiro desponta como a força de trabalho mais desvalorizada, extensivo às demais categorias da

enfermagem, em geral (Castellanos, 1989; Lima, 1993). Portanto, a constatação e lamentação da exclusão, desvalorização e desconsideração para com os profissionais da enfermagem, apesar da sua grande importância e enorme responsabilidade, uma vez que constituem o maior contingente de profissionais da área da saúde, desse modo, sendo responsáveis pela maioria de suas ações, contribuem, decisivamente, na gênese do sofrimento no trabalho. Este sofrimento, a partir da análise, manifestou-se de forma bem mais evidente, na categoria dos enfermeiros. Para estes profissionais, a falta de reconhecimento pelo trabalho que realizam, a baixa remuneração, que se traduz em falta de reconhecimento, e o comprometimento de finais de semana ou feriados, ao terem que realizar plantões, devido à própria característica de continuidade do trabalho da enfermagem e, ainda, tão mal remunerado, intensificam, ainda mais, os sentimentos de sofrimento no trabalho.

Outro fato digno de nota, que se evidenciou da análise, diz respeito à lucidez dos entrevistados quanto à fundamental necessidade do uso da palavra, num espaço de discussão, onde as opiniões e perplexidades tornem-se públicas para, dessa forma, transformar o sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa. Portanto, mais uma vez, corroboram as assertivas de Dejours (1993) de que o sofrimento criativo, ou seja, a transformação do sofrimento em criatividade, passa por um espaço público, estando ameaçada cada vez que este possa tender a se fechar. Por sua vez, a participação da gerência, no espaço público interno de negociação da organização real do trabalho, é necessária mas não exclui a necessidade, tanto para si como para os trabalhadores, de escalas e da organização do trabalho prescrita, pois o exercício da palavra, neste espaço público, supõe um referencial comum, precisamente formado pela organização prescrita do trabalho. Além disso, permite trazer à tona, também, as estratégias defensivas da gerência contra o sofrimento. Para este autor, à medida que esse espaço é constituído e reconstituído, o que também pode ser inferido dos depoimentos, emergem, daí, o

engajamento apaixonado, o senso de responsabilidade e a mobilização criativa. Portanto, condutas completamente contrárias ao individualismo e à negligência, tão frequentemente denunciadas pelas chefias. Dessa forma, a qualidade do trabalho parece indissociável do exercício do prazer no trabalho. Portanto, quando assumidos os objetivos de qualidade, surge o compromisso, de fato, com a conservação, a manutenção e o cuidado das instalações e instrumentos. Compromisso esse que, pela análise, parece poder-se inferir que se encontra bastante presente nas atitudes dos trabalhadores da enfermagem, apesar das grandes dificuldades e impossibilidades atuais, continuamente enfrentadas.

Conseqüentemente à evolução tecnológica do trabalho hospitalar, principalmente com a incorporação de aparelhos e equipamentos tidos como sofisticados, há a introdução, no trabalho da enfermagem, de componentes cognitivos complexos que determinam, não raro, sobrecargas mentais nos trabalhadores. Tais sobrecargas evidenciam-se, principalmente, pela preocupação constante em relação ao seu uso, uma vez que, geralmente, tem se dado sem os esclarecimentos considerados suficientes e necessários e, especialmente, pela falta de uma adequada manutenção. Em decorrência disso, a possibilidade que representam de poderem vir a causar danos ao paciente, quando de sua utilização indevida, implica, desse modo, em sentimentos contrários ao prazer no trabalho.

Na Categoria Final "**As Condições de Trabalho**", foram evidenciados, pela análise dos depoimentos, elementos que vão ao encontro das afirmativas de Castellanos et al. (1989) e de Leopardi et al. (1989), ao reportarem-se à visível deterioração das condições de trabalho a que está submetido o trabalhador da enfermagem. Pode-se inferir, dessa forma, que tais condições podem ser um dos fatores que têm levado à crescente evasão e à alta rotatividade que, associadas à insuficiência dos recursos humanos, na área da enfermagem hospitalar, têm promovido o aumento, cada vez mais contínuo e significativo, do desgaste físico e mental dos trabalhadores remanescentes. O

sofrimento no trabalho, desse modo, emerge, principalmente, do medo de não terem tempo nem condições de concluírem as tarefas que ficam ao seu encargo, na medida em que as atividades devem ser compartilhadas e redistribuídas entre os que permanecem.

Por outro lado, a cobrança de uma performance que redunde em maior produtividade e da manutenção do padrão de qualidade de assistência esperado, principalmente por se tratar de um hospital universitário, levam os trabalhadores da enfermagem remanescentes a buscar, na otimização do tempo e na concentração de esforços, atender às expectativas de compensar a redução, cada vez maior e mais significativa dos elementos da equipe de enfermagem. Portanto, mostra-se bastante pertinente e apropriada a assertiva de Leopardi et al. (1989) quando apresentam que, no setor saúde, são utilizados recursos humanos somente no limite da qualidade e quantidade para não causarem danos visíveis aos que utilizam este tipo de serviço, podendo-se inferir, dessa forma, de serem suficientes, apenas, para dificultar a apuração de responsabilidades, quando de sua ocorrência.

Por sua vez, em decorrência de, na maioria das vezes, não disporem das condições mínimas para poderem bem se desempenhar das funções assistenciais, traduzidas na insuficiência dos meios materiais e instrumentais, tanto em quantidade como em qualidade, e por dificultar ou, até, muitas vezes, inviabilizar a realização do trabalho, são percebidos, principalmente pelas enfermeiras, como um dos maiores motivos de sofrimento no trabalho. Além de implicarem a constante busca dessas condições materiais, para possibilitar aos demais condições para realizarem o trabalho, o que envolve a perda de um tempo que poderia ser destinado às funções assistenciais, conduz a um desgaste profissional e pessoal, ao gerarem atritos e desentendimentos com os demais profissionais de outros setores.

Portanto, embora as características da profissão estejam bem definidas, pela habilidade e competência profissionais, isto não impede que, nas condições reais do trabalho, seja extremamente difícil a realização das tarefas. O drama do sofrimento localiza-se, também, no descaso, no desconhecimento ou negação das dificuldades experimentadas pelos membros da equipe de enfermagem, portanto, no seu não compartilhamento. Isso pode ser evidenciado nas atitudes que percebem ser adotadas pela direção, pela coordenação de enfermagem, inclusive, e pelos demais profissionais, principalmente pelos médicos, ao se limitarem, conforme ressaltado por Dejourns (1993; 1994b), à construção da psicologia espontânea pejorativa, imputando as imperfeições do sistema àqueles que executam o trabalho, deplorando sua falta de formação ou proferindo julgamentos de condenação moral o que, para Chanlat & Bédard (1993) podem se constituir em impedimento ao desenvolvimento do indivíduo e, inclusive, aniquilar a realidade de sua existência.

Os achados do presente estudo vão de encontro, frontalmente, às recomendações de Walton (1973), quando indica que os trabalhadores, em geral, não deveriam estar expostos a condições físicas de trabalho indevidamente perigosas ou prejudiciais à saúde e que, segundo Silva (1988), quando presentes, podem acarretar danos físicos, emocionais e sociais, como foram constatados. Os trabalhadores da enfermagem, em decorrência da natureza e características do trabalho que desenvolvem, correm o risco de sofrer danos à saúde ocasionados por agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos, bastante presentes no ambiente hospitalar, portanto, necessitando de condições materiais de proteção no trabalho, que não lhes são oportunizadas qualitativa e quantitativamente suficientes. Dessa forma, ficam expostos, por vezes, a situações que põem em risco sua saúde. Contraditoriamente, ao dedicarem suas atividades à recuperação da saúde de outrem, numa organização cuja principal finalidade se destina à saúde das pessoas,

correm o risco de se tornarem doentes, ao trabalharem sem as condições protetivas necessárias.

Portanto, a percepção da realidade que vivenciam e as possibilidades de comprometerem não só sua saúde mas, também, a própria vida, associadas às impossibilidades de prestarem um atendimento dentro das condições mínimas de qualidade, geram sentimentos que contribuem, sobremaneira, para o sofrimento no trabalho.

Reportando-se aos dados obtidos, por meio das respostas às questões para a caracterização dos entrevistados, é possível dizer que, em relação aos dezoito sujeitos da pesquisa, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, evidenciam-se, predominantemente, muitas convergências e algumas divergências, em relação à gênese do sofrimento e do prazer no trabalho, as quais foram destacadas, ao longo da apresentação dos resultados da análise de conteúdo. É significativo, no entanto, ressaltar que as divergências mais relevantes referem-se, então, não à idade, estado civil, número de dependentes, escolaridade, local ou turno de trabalho desses sujeitos, entre outros fatores, mas, principalmente, ao seu tempo de serviço, na área da enfermagem.

Este fator tempo mostrou-se importante para a percepção do sofrimento no trabalho, já que os entrevistados afirmam que, nos primeiros anos de exercício da profissão, o sofrimento com o trabalho não era percebido como tal, enquanto que o prazer vivenciado, no trabalho, ao longo dos anos, parece não ter sofrido significativas alterações. Se por um lado, o tempo de exercício profissional pode fortalecer o trabalhador para o enfrentamento dos fatores implicados na gênese do sofrimento decorrente do trabalho em si, contraditoriamente, esse mesmo tempo parece diminuir o seu limiar de tolerância ao sofrimento, em relação à organização do trabalho e, especialmente, em relação às condições de trabalho.

Do mesmo modo, também foi possível perceber, com o aumento do tempo de atuação na enfermagem, um comprometimento na motivação e entusiasmo do trabalhador, devido ao constante enfrentamento das dificuldades do cotidiano do trabalho, impostas pelas condições de trabalho e organização do trabalho.

Prosseguindo nestas considerações, pode-se afirmar que a própria natureza do trabalho da enfermagem é percebida como capaz de proporcionar satisfação e prazer, por meio de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando condições facilitadoras permitem, ao trabalhador da área, perceber as tarefas que realiza como socialmente valorizadas. Porém, no dizer de Dejours (1993), muito freqüentemente, o entrave ao jogo sublimatório não é resultado da incapacidade psíquica do sujeito tanto quanto da ausência das condições organizacionais necessárias ao estabelecimento da ressonância simbólica, o que foi possível inferir com a realização do presente estudo.

Desse modo, o desenvolvimento de uma administração que privilegie a emergência e realização da pessoa humana é necessário para o prazer no trabalho. Portanto, a flexibilização da organização do trabalho parece ser uma condição para se obter prazer no trabalho. A permissão do pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, permitindo ao trabalhador rearranjar seu modo operatório e utilizar-se de gestos capazes de lhe proporcionar prazer, conforme Dejours (1994a), possibilita a transformação de um trabalho fatigante num trabalho equilibrante.

No caso específico do presente estudo, a insuficiência de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do trabalho, tem levado os trabalhadores da enfermagem a acelerarem seu ritmo de trabalho para poderem realizá-lo. Muitas vezes, mesmo assim, não conseguem dar conta de sua completa concretização, dando origem a situações anti-sublimatórias, segundo Dejourus (1993), que conduzem ao surgimento do

sofrimento psíquico, em alguns casos evidenciado, até, sob a forma de padecimento físico.

Convém resgatar as assertivas de Dejours (1994a), quando apresenta que a carga psíquica do trabalho constitui-se no regulador da carga global de trabalho. Portanto, o trabalho é equilibrante ao permitir a diminuição da carga psíquica, uma vez que o rebaixamento e a descarga da energia pulsional são origem e fonte mesma do prazer, ou seja, o prazer é resultado do alívio da carga psíquica do trabalho. O trabalho não é sempre patogênico, ao contrário, ele tem um poder estruturante em face tanto da saúde mental como da saúde física. Portanto, o trabalho ao ser fonte de prazer, constitui-se em mediador da saúde.

Com base na análise dos depoimentos, acredita-se que se possa afirmar que, no caso dos trabalhadores da área da enfermagem, tudo aquilo que dificulta ou inviabiliza o atendimento das necessidades que possuem de ajudar e de sentir-se útil implica sofrimento no trabalho. Por sua vez, tudo aquilo que facilita ou viabiliza o atendimento de tais necessidades constitui-se em gênese do prazer no trabalho.

Acredita-se, também, que o presente estudo possibilitou o conhecimento tanto da existência do prazer como do sofrimento no trabalho, suas localizações e o que os motivam. Percebe-se que o trabalho em si, apesar do sofrimento que contém, possibilita também vivenciar um prazer real, concreto, ao passo que, grande parte do sofrimento que foi relatado reside na organização do trabalho e, especialmente, nas condições de trabalho, de forma real, dramática e quase absoluta. Porém, o prazer nestas, com raríssimas exceções, manifesta-se sempre condicionado a algum fator, na maioria das vezes, inexistente, portanto, numa possibilidade futura, como uma expectativa de prazer.

Por sua vez, a precariedade das condições para a realização do trabalho, ao despontar como um dos grandes impeditivos ao prazer no trabalho e constituindo-se num

dos maiores fatores tributários do sofrimento no trabalho dos trabalhadores da área de enfermagem, na instituição hospitalar estudada, parece suplantar ou relegar a um plano secundário, até mesmo, os sofrimentos decorrentes de sua forma de organização. Portanto, nesta pesquisa, a falta de condições para realizar o trabalho emerge como o fator, pelo menos aparentemente, predominante na gênese do sofrimento no trabalho da enfermagem.

Uma questão que desponta, dentre muitas que poderiam ser suscitadas, é se as condições para a realização do trabalho, na instituição estudada, fossem oferecidas a contento, então, a organização do trabalho percebida pelos entrevistados, se constituiria num dos fatores preferenciais para a gênese do sofrimento no trabalho, como o preconizado por Dejours?

Tal assertiva não significa que não devam ser procuradas novas formas de organizar o processo de trabalho da enfermagem, com vistas a oportunizar situações mais prazerosas e com menor sofrimento. Significa que, apesar dos sofrimentos decorrentes da organização do trabalho da enfermagem, na instituição estudada, as condições para realizar o trabalho, muitas vezes, impedem a concretização das tarefas assistenciais. Tal impedimento, implica, possivelmente, sofrimento a alguém que precisa de ajuda e de cuidados. Este sofrimento alheio parece ser menos tolerado, pelos trabalhadores da enfermagem, do que os próprios sofrimentos decorrentes da forma de organização do trabalho a que estão submetidos.

Portanto, originam-se, daí, situações anti-sublimatórias, conduzindo os trabalhadores da área da enfermagem à percepção de sentimentos tributários do sofrimento no trabalho, constituindo-se, dessa forma, em impedimentos ao prazer no trabalho. As reflexões daí derivadas demandam maiores estudos, provavelmente,

prestando-se a futuras pesquisas que, certamente, trarão grandes contribuições ao estudo da relação prazer, sofrimento e trabalho.

Ao concluir-se esta análise é preciso destacar que o conjunto de informações e de interpretações proposto não corresponde, necessariamente, à visão de todos os entrevistados. A pesquisa reúne a descrição de vivências e percepções de dezoito profissionais de enfermagem, das categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, de diferentes setores e turnos de trabalho, além de suas próprias características inerentes a sua individualidade, entre outras. Cada entrevistado contribuiu com alguns destes aspectos, portanto, não significando que todas as descrições se apliquem a todos. O resultado é uma descrição intersubjetiva das experiências e vivências. Acredita-se que o conjunto destas informações constitua uma descrição significativa das percepções de trabalhadores da enfermagem, do hospital selecionado, acerca de fatores que têm implicações na gênese do prazer e sofrimento no trabalho que realizam.

BIBLIOGRAFIA

- ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. 5 ed., São Paulo: Brasiliense, 1992.
- ALBUQUERQUE, M. C. de. Situação da enfermagem na década de 80: considerações da debatedora. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p. 76-83.
- ALMEIDA, M. C. P. de et al. A situação da Enfermagem nos anos 80. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p.43-75.
- ALMEIDA, M. C. P. de & ROCHA, J. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 6 ed., São Paulo: Forense Universitária, 1993.
- BAKAN, D. *Enfermidade, dolor, sacrificio: hacia una psicología del sufrimiento*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BLANK, V. L. G. *Contribuição ao estudo da prática de enfermagem*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1987. Dissertação de Mestrado.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. 2 ed., São Paulo: Perspectiva, 1987.
- CASTELLANOS, B. P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC. p. 147-169.
- CHANLAT, A. & BÉDARD, R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. I.

- CHANLAT, J. F. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. I.
- CLEGG, S. Poder, linguagem e ações nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. I.
- CODO, W., SAMPAIO, J. J. C. & HITOMI, A. H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. 5 ed., São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- _____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. I.
- _____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994a.
- _____, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994b.
- DEJOURS, C., DESSORS, D. & DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *RAE*, São Paulo, v.33, n 3, p. 98-104, mai./jun. 1993.
- DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: 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.
- DRUCKER, P. F. *Tecnologia, gerência e sociedade*. Petrópolis: Vozes, 1972.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1990a.
- _____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 5 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1990b.
- FRANCO, M. L. P. B. O que é análise de conteúdo. *Cadernos de Psicologia da Educação*. São Paulo: PUCRS, n.7, p. 1-31, Ago. 1986.

- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GARAUDY, R. *Capitalismo do século XX*. Rio de Janeiro: Saga, 1970.
- GUARESCHI, P. & RAMOS, R. *A máquina capitalista*. 3 ed., Petrópolis: Vozes, 1989.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3 ed., São Paulo: Brasiliense, 1987.
- HASSARD, J. Tempo de trabalho - outra dimensão esquecida nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993. v. I.
- HORR, L. Modelo de organização do serviço de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enferm.* Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 36-41, jul. 1992.
- HYMAN, H. *Pesquisas: princípios, casos e processos*. Rio de Janeiro: Lidaador, 1967.
- KERLINGER, F. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.
- LEOPARDI, M. T. et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p. 97-126.
- LIMA, M. J. *O que é enfermagem*. 1 ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.
- LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 41, n. 3/4, p. 211-217, jul./dez. 1988.
- LOPEZ-ARANGUREN, E. El análisis de contenido. In: FERRANDO, M. G., IBAÑEZ, J. & ALVIRA, F. (org.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, 1986, p.365-395.
- LORENZETTI, J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p. 92-95.

- LUNARDI, V. L., LUNARDI FILHO, W. D. & BORBA, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *R. Bras. Enferm.* Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 1994.
- MARCH, J. & SIMON, H. *Teoria das organizações*. 5 ed., Rio de Janeiro: FGV, 1981.
- MELO, C. M. M. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, D. de C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enferm.* Porto Alegre, v. 9 n. 2, p. 67-72, dez. 1988.
- MINAYO, M. C. de S. A situação social brasileira e os desafios para os profissionais de saúde - década de 80-90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, Florianópolis, *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p. 86-91.
- _____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- MORAES, R. *Análise de conteúdo*. Porto Alegre: PUCRS, 1993. mimeo.
- MOTTA, F. C. P. *A teoria das organizações: evolução e crítica*. São Paulo: Pioneira, 1986.
- OLABUENAGA, J. I. R. & ISPIZUA, M. A. *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.
- PHILLIPS, B. S. *Pesquisa social: estratégias e táticas*. Rio de Janeiro: Agir, 1974.
- PITTA, A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- PIRES, D. E. P. de. Discurso da presidente da comissão executiva. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: UFSC, 1989. p. 29-33.
- RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: método e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.
- ROSEMBERG, F. Da intimidade aos quiprocós: uma discussão em torno da análise de conteúdo. *Caderno CERU*, São Paulo, v. 16, p. 69-80, 1981.

RUAS, R. *Efeitos da modernização sobre o processo de trabalho*. Porto Alegre: FEE, 1985.

SILVA, V. E. F. *Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino*. São Paulo: EEUSP, 176 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, USP, 1988.

SILVA, E. S. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: 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.

TITTONI, J. *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. *Rev. Bras. de Enferm.*, Brasília, v. 40, n. 4, out./dez., 1987.

_____. *Enfermagem hospitalar: administração e burocracia*. Brasília: UnB, 1988.

TREVIZAN, M. A. et al. O significado da administração da assistência ao paciente. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 34-37, jan. 1989.

WALTON, R. Quality or work life: what is this? *Sloan Management Review*, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 3 ed., São Paulo: Pioneira, 1983.